

Índice

| | |
|--|--|
| Créditos | |
| Comité Elaborador del DSM-IV | |
| Agradecimientos | |
| Introducción | |
| Advertencia | |
| Uso del manual | |
| Clasificación DSM-IV con códigos CIE-10 (13) | |
| Evaluación multiaxial (27) | |
| Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (39) | |
| Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos (129) | |
| Trastornos mentales debidos a enfermedad médica (171) | |
| Trastornos relacionados con sustancias (181) | |
| Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (279) | |
| Trastornos del estado de ánimo (323) | |
| Trastornos de ansiedad (401) | |
| Trastornos somatomorfos (457) | |
| Trastornos facticios (483) | |
| Trastornos disociativos (489) | |
| Trastornos sexuales y de la identidad sexual (505) | |
| Trastornos de la conducta alimentaria (553) | |
| Trastornos del sueño (565) | |
| Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados (625) | |
| Trastornos adaptativos (639) | |
| Trastornos de la personalidad (645) | |
| Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (691) | |
| Códigos adicionales (703) | |
| Apéndice A. Árboles de decisión para el diagnóstico diferencial (705) | |
| Apéndice B. Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores (719) | |
| Apéndice C. Glosario de términos técnicos (779) | |
| Apéndice D. Índice de modificaciones del DSM-IV (789) | |
| Apéndice E. Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10) (807) | |
| Apéndice F. Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10) (819) | |
| Apéndice G. Clasificación DSM-IV con códigos CIE-9-MC (829) | |
| Apéndice H. Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC) (843) | |
| Apéndice I. Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC) (853) | |
| Apéndice J. Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura (863) | |
| Apéndice K. Colaboradores del DSM-IV (871) | |

DSM-IV

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana

Pierre Pichot

Professeur de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, Paris;
Ancien Président de l'Association Mondiale de Psychiatrie

Director de la edición española

Juan J. López-Ibor Aliño

Catedrático de Psiquiatría,
Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría,
Universidad Complutense de Madrid;
Secretario General de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Coordinador de la edición española

Manuel Valdés Miyar

Profesor Titular de Psiquiatría,
Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica,
División de Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona;
Jefe de Sección, Subdivisión de Psiquiatría y Psicología Médica,
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Barcelona - Madrid - Paris - Milano - Asunción - Bogotá - Buenos Aires - Caracas - Lima - Lisboa
México - Montevideo - Rio de Janeiro - San Juan de Puerto Rico - Santiago de Chile

Traductores de la edición española

Tomàs de Flores i Formenti

Profesor Titular de Psiquiatría,
Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica,
División de Ciencias de la Salud,
Universidad de Barcelona

Joan Masana Ronquillo

Profesor Asociado de Psiquiatría,
Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica,
División de Ciencias de la Salud,
Universidad de Barcelona;
Jefe del Laboratorio de Psicofisiología,
Subdivisión de Psiquiatría y Psicología Médica,
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

José Toro Trallero

Profesor Titular de Psiquiatría,
Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica,
División de Ciencias de la Salud,
Universidad de Barcelona;
Jefe de la Sección de Psiquiatría Infantojuvenil,
Subdivisión de Psiquiatría y Psicología Médica,
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Josep Treserra Torres

Psiquiatra,
Servicio de Psiquiatría y Psicología,
Hospital General de Catalunya

Claudi Udina Abelló

Profesor Asociado,
Departamento de Farmacología y Psiquiatría,
Universidad Autónoma de Barcelona;
Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología,
Hospital General de Catalunya

MASSON, S.A.
Avda. Príncipe de Asturias, 20 - 08012 Barcelona
MASSON, S.A.
120, Bd. Saint-Germain - 75280 Paris Cedex 06
MASSON S.P.A.
Via Statuto, 2 - 20121 Milano

Reservados todos los derechos.
No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación
o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento,
sea éste mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro,
sin el previo permiso escrito del editor.

© 1995. MASSON, S.A.
Avda. Príncipe de Asturias, 20 - Barcelona (España)
ISBN 84-458-0297-6 Versión española
Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV,
publicada por la American Psychiatric Association de Washington

Primera publicación en Estados Unidos por la American Psychiatric Association, Washington, D.C.
Copyright 1994. Reservados todos los derechos
First published in the United States by American Psychiatric Association, Washington, D.C.
Copyright 1994. All rights reserved
ISBN 0-89042-062-9 Edición original

Depósito Legal: B. 24.729 - 1995
Composición y compaginación: A. Parras - Avda. Meridiana, 93-95 - Barcelona (1995)
Impresión: Gráficas 92, S.A. - Torrasa, 108 E - Sant Adrià de Besòs (1995)
Printed in Spain

Realización de la versión electrónica
Instituto Municipal de Investigación Médica
Departamento de Informática Médica
Barcelona

Montserrat Miralles Alemany
Joan J. Sancho Insenser
Maribel Martínez Ramírez

Ferran Sanz i Carreras
Joan Marc Carbó i Arnau
Conchi Sánchez Asensio

Asesoramiento de la versión electrónica

Antonio Bulbena Vilarrasa
Profesor titular de Psiquiatría
Jefe de Servicio de Psiquiatría
UDIMAS, Hospital del Mar (Barcelona).
Dtor. Centro de Investigaciones Psiquiátricas
H.Hospitalarias. Sagrado Corazón.

Comité Elaborador del DSM-IV

ALLEN FRANCES, M.D.

Presidente

HAROLD ALAN PINCUS, M.D.

Vicepresidente

MICHAEL B. FIRST, M.D.

Director, texto y criterios

Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.

David H. Barlow, Ph.D.

Magda Campbell, M.D.

Dennis P. Cantwell, M.D.

Ellen Frank, Ph.D.

Judith H. Gold, M.D.

John Gunderson, M.D.

Robert E. Hales, M.D.

Kenneth S. Kendler, M.D.

David J. Kupfer, M.D.

Michael R. Liebowitz, M.D.

Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.

Peter E. Nathan, Ph.D.

Roger Peele, M.D.

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

A. John Rush, M.D.

Chester W. Schmidt, M.D.

Marc Alan Schuckit, M.D.

David Shaffer, M.D.

Robert L. Spitzer, M.D., *Consejero Especial*

Gary J. Tucker, M.D.

B. Timothy Walsh, M.D.

Thomas A. Widiger, Ph.D.,

Coordinador de Investigación

Janet B. W. Williams, D.S.W.

John C. Urbaitis, M.D., *Coordinador del Comité*

James J. Hudziak, M.D.,

(1990-1993) Miembro Residente

Junius Gonzales, M.D.,

(1988-1990) Miembro Residente

Ruth Ross, M.A.,

Nancy E. Vettorello, M.U.P.,

Wendy Wakefield Davis, Ed.M.,

Cindy D. Jones,

Nancy Sydnor-Greenberg, M.A.,

Myriam Kline, M.S.,

James W. Thompson, M.D., M.P.H.,

Director Científico

Coordinador Administrativo

Coordinador Editorial

Ayudante Administrativo

Consultor Administrativo

Coordinador en los Ensayos de Campo

Coordinador en los Estudios con Vídeo

Grupo de trabajo para los trastornos de ansiedad

| | |
|---|-------------------------|
| Michael R. Liebowitz, M.D., <i>Presidente</i> | Jonathan Davidson, M.D. |
| David H. Barlow, Ph.D., <i>Vicepresidente</i> | Edna Foa, Ph.D. |
| James C. Ballenger, M.D. | Abby Fyer, M.D. |

Grupo de trabajo para el delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

| | |
|--|---------------------------|
| Gary J. Tucker, M.D. <i>Presidente</i> | Gary Lloyd Gottlieb, M.D. |
| Michael Popkin, M.D. <i>Vicepresidente</i> | Igor Grant, M.D. |
| Eric Douglas Caine, M.D. | Benjamin Liptzin, M.D. |
| Marshall Folstein, M.D. | |

Grupo de trabajo para los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

| | |
|---|-----------------------------|
| David Shaffer, M.D., <i>Copresidente</i> | Benjamin Lahey, Ph.D. |
| Magda Campbell, M.D., <i>Copresidente</i> | Rolf Loeber, Ph.D. |
| Susan J. Bradley, M.D. | Jeffrey Newcorn, M.D. |
| Dennis P. Cantwell, M.D. | Rhea Paul, Ph.D. |
| Gabrielle A. Carlson, M.D. | Judith H. L. Rapoport, M.D. |
| Donald Jay Cohen, M.D. | Sir Michael Rutter, M.D. |
| Barry Garfinkel, M.D. | Fred Volkmar, M.D. |
| Rachel Klein, Ph.D. | John S. Werry, M.D. |

Grupo de trabajo para los trastornos de la conducta alimentaria

| | |
|---|--------------------------|
| B. Timothy Walsh, M.D., <i>Presidente</i> | James Mitchell, M.D. |
| Paul Garfinkel, M.D. | G. Terence Wilson, Ph.D. |
| Katherine A. Halmi, M.D. | |

Grupo de trabajo para los trastornos del estado de ánimo

| | |
|---|-----------------------|
| A. John Rush, M.D., <i>Presidente</i> | David Dunner, M.D. |
| Martin B. Keller, M.D., <i>Vicepresidente</i> | Ellen Frank, Ph.D. |
| Mark S. Bauer, M.D. | Donald F. Klein, M.D. |

Grupo de trabajo para el sistema multiaxial

| | |
|--|---|
| Janet B. W. Williams, D.S.W., <i>Presidente</i> | Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D. Roger Peele, M.D. |
| Howard H. Goldman, M.D., Ph.D., <i>Vicepresidente</i> | Stephen Setterberg, M.D. Andrew Edward Skodol II, M.D. |
| Alan M. Gruenberg, M.D. | |

Grupo de trabajo para los trastornos de la personalidad

| | |
|---|---|
| John Gunderson, M.D., <i>Presidente</i> | Theodore Millon, Ph.D. |
| Robert M. A. Hirschfeld, M.D., <i>Vicepresidente</i> | Bruce Pfohl, M.D. Tracie Shea, Ph.D. |
| Roger Blashfield, Ph.D. | Larry Siever, M.D. |
| Susan Jean Fiestler, M.D. | Thomas A. Widiger, Ph.D. |

Grupo de trabajo para el trastorno disfórico premenstrual

| | |
|---|--------------------------------------|
| Judith H. Gold, M.D., <i>Presidente</i> | Sally Severino, M.D. |
| Jean Endicott, Ph.D. | Nada Logan Stotland, M.D. |
| Barbara Parry, M.D. | Ellen Frank, Ph.D., <i>Consultor</i> |

Grupo de trabajo para los trastornos psiquiátricos de naturaleza mixta (trastornos adaptativos, disociativos, facticios, de control de impulsos y somatomorfos, y factores psicológicos que afectan al estado físico)

| | |
|---|--|
| Robert E. Hales, M.D., <i>Presidente</i> | Ronald L. Martin, M.D. |
| C. Robert Cloninger, M.D., <i>Vicepresidente</i> | Katharine Anne Phillips, M.D. David Spiegel, M.D. |
| Jonathan F. Borus, M.D. | Alan Stoudemire, M.D. |
| Jack Denning Burke, Jr., M.D., M.P.H. | James J. Strain, M.D. |
| Joe P. Fagan, M.D. | Michael G. Wise, M.D. |
| Steven A. King, M.D. | |

Grupo de trabajo para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

| | |
|---|--|
| Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D., <i>Presidente</i> | Samuel Keith, M.D. Kenneth S. Kendler, M.D. |
| John M. Kane, M.D., <i>Vicepresidente</i> | Thomas McGlashan, M.D. |

Grupo de trabajo para los trastornos sexuales

Chester W. Schmidt, M.D., *Presidente* Taylor Seagraves, M.D.
Raul Schiavi, M.D. Thomas Nathan Wise, M.D.
Leslie Schover, Ph.D.

Grupo de trabajo para los trastornos del sueño

David J. Kupfer, M.D., *Presidente* Roger Peele, M.D.
Charles F. Reynolds III, M.D., Quentin Regestein, M.D.,
Vicepresidente Michael Sateia, M.D.
Daniel Buysse, M.D. Michael Thorpy, M.D.

Grupo de trabajo para los trastornos relacionados con sustancias

Marc Alan Schuckit, M.D., *Presidente* Thomas Crowley, M.D.
John E. Helzer, M.D., *Vicepresidente* Peter E. Nathan, Ph.D.
Linda B. Cottler, Ph.D. George E. Woody, M.D.

Comité para la valoración y el diagnóstico psiquiátrico

Layton McCurdy, M.D., *Presidente* Daniel J. Luchins, M.D., *Consultor*
(1987-1994) (1987-1991)
Kenneth Z. Altshuler, M.D. (1987-1992) Katharine Anne Phillips, M.D.,
Thomas F. Anders, M.D. (1988-1994) *Consultor* (1992-1994)
Susan Jane Blumenthal, M.D. Cynthia Pearl Rose, M.D., *Consultor*
(1990-1993) (1990-1994)
Leah Joan Dickstein, M.D. (1988-1991) Louis Alan Moench, M.D.,
Lewis J. Judd, M.D. (1988-1994) *Enlace con la Asamblea (Assembly Liaison)*
Gerald L. Klerman, M.D. (†) (1991-1994)
(1988-1991) Steven K. Dobscha, M.D., *Residente (Resident Fellow)*
Stuart C. Yudofsky, M.D. (1992-1994) (1990-1992)
Jack D. Blaine, M.D., *Consultor* Mark Zimmerman, M.D., *Residente (Resident Fellow)*
(1987-1992) (1992-1994)
Jerry M. Lewis, M.D., *Consultor*
(1988-1994)

Comité conjunto del Consejo y de la Asamblea de Distritos de la APA para el DSM-IV

Ronald A. Shellow, M.D., *Presidente* Arthur John Farley, M.D.
Harvey Bluestone, M.D. Carol Ann Bernstein, M.D.
Leah Joan Dickstein, M.D.

Agradecimientos

El DSM-IV es fruto del trabajo en equipo. Más de 1.000 personas (y numerosas organizaciones profesionales) nos han ofrecido su ayuda para elaborar este documento. Los miembros del Comité Elaborador del DSM-IV se enumeran en la página IX; los componentes de los grupos de trabajo del DSM-IV en las páginas X-XII, y una lista de otros participantes en el apéndice K.

Debe atribuirse, pues, al grupo de expertos y a los miembros de los diferentes grupos de trabajo la mayor responsabilidad del contenido de este manual. Han trabajado con gran dedicación y ánimo, más duramente de lo que pensaban. Damos las gracias de manera especial a Bob Spitzer por su incansable esfuerzo y particular opinión. Norman Sartorius, Darrel Regier, Lewis Judd, Fred Goodwin y Chuck Kaelber nos han sido muy útiles gracias a la conexión entre la American Psychiatric Association y la Organización Mundial de la Salud, que ha permitido una mejora tanto del DSM-IV como de la CIE-10 e incrementado así su compatibilidad. Agradecemos asimismo a Robert Israel, Sue Meads y Amy Blum, del National Center for Health Statistics, y a Andrea Albaum-Feinstein, de la American Health Information Management Association, sus sugerencias en relación con el sistema de códigos. Denis Prager, Peter Nathan y David Kupfer nos han ayudado a confeccionar un método de reanálisis de los nuevos datos que ha contado con el apoyo de John D. and Catherine T. MacArthur Foundation.

Mucha gente perteneciente a la American Psychiatric Association merece especial reconocimiento. La sabiduría y especial gracia de Mel Sabshin hicieron que hasta los temas más aburridos se convirtieran en agradables. El American Psychiatric Association Committee on Psychiatric Diagnosis and Assessment (presidido por Layton McCurdy) proporcionó unas directrices y unos consejos muy valiosos. Quisiéramos también dar las gracias a los presidentes de la American Psychiatric Association (Dres. Fink, Pardes, Benedek, Hartmann, English y McIntyre) y a los portavoces de la Asamblea (Dres. Cohen, Flamm, Hanin, Pfaehler y Shellow) por su ayuda en la planificación de este manual. Asimismo, debe reseñarse la importante ayuda proporcionada por Carolyn Robinowitz y Jack White, y sus respectivos colaboradores de la American Psychiatric Association Medical Director's Office y la Business Administration Office.

Otras muchas personas también merecen ser citadas. Wendy Davis, Nancy Vettorello y Nancy Sydnor-Greenberg desarrollaron y proporcionaron una organización estructural que ha impedido que esta difícil tarea se nos fuera de las manos. Hemos tenido la suerte de contar con un eficiente equipo administrativo, entre quien cabe destacar a Elisabeth Fitzhugh, Willa Hall, Kelly McKinney, Gloria Miele, Helen Stayna, Sarah Tilly, Nina Rosenthal, Susan Mann, Joanne Mas y, especialmente, Cindy Jones. Ruth Ross, nuestra incansable escritora científica, ha sido la encargada de mejorar el estilo y la confección del DSM-IV. Myriam Kline (Research Coordinator for the NIH-funded DSM-IV Focused Field Trials), Jim Thompson (Research Coordinator for the MacArthur Foundation-funded Videotape Field Trial) y Sandy Ferris (Assistant Director for the Office of Research) han realizado también valiosas aportaciones y contribuciones. Agradecemos

XIV Agradecimientos

especialmente a Nina Rosenthal su ayuda durante la preparación de la versión internacional. Nos gustaría dar nuestro más sincero agradecimiento a todos los otros miembros de la American Psychiatric Association que nos han ayudado en este proyecto. Ron McMillen, Claire Reinburg, Pam Harley y Jane Davenport, de la American Psychiatric Press, nos han aportado, asimismo, su valiosa experiencia.

ALLEN FRANCES, M.D.
Presidente, Comité Elaborador del DSM-IV

HAROLD ALAN PINCUS, M.D.
Vicepresidente, Comité Elaborador del DSM-IV

MICHAEL B. FIRST, M.D.
Director, Texto y Criterios del DSM-IV

THOMAS A. WIDIGER, Ph.D.
Coordinador de Investigación

Introducción

Ésta es la cuarta edición del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, el DSM-IV, de la American Psychiatric Association. La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. Nuestra prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, esperamos que este manual sea práctico y de utilidad para los clínicos. Otro objetivo de este documento, aunque adicional, es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores. Hemos intentado asimismo que sirva de herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente.

Una nomenclatura oficial es necesaria en una amplia diversidad de contextos. Este manual es usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación (p. ej., investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comportamentales, interpersonales y familiares). Lo usan psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud. El DSM-IV debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria. Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. Afortunadamente, todos estos usos son compatibles.

El DSM-IV es producto de 13 grupos de trabajo (v. apéndice K), cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección de este manual. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Se tomaron muchas precauciones a la hora de asegurar que las recomendaciones del grupo de trabajo reflejaran los conocimientos más vigentes y no fueran sólo las opiniones de sus miembros. Después de consultar de manera extensa con expertos y clínicos de cada materia, se seleccionó para el grupo de trabajo a aquellos miembros que representaran un amplio abanico de perspectivas y experiencias. Los miembros del grupo de trabajo aceptaron la idea de trabajar como grupo de consenso y no como abogados de los conceptos anteriores. Además, el grupo de trabajo debía seguir un proceso formal basado en las pruebas disponibles.

Los grupos de trabajo informaban al Comité Elaborador del DSM-IV (pág. IX), que constaba de 27 miembros, muchos de los cuales presidían asimismo algún grupo de trabajo. Cada uno de los 13 grupos de trabajo se componía de 5 (o más) miembros, cuyas opiniones eran analizadas por un grupo de entre 50 y 100 consejeros, escogidos por representar experiencias clínicas y de investigación, disciplinas, formación y ámbitos de actuación muy diversos. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo. Se han realizado multitud de conferencias y reuniones con el fin de proporcionar una guía conceptual y metodológica para la elaboración del

DSM-IV. Entre ellas, muchas han estado dedicadas a consultas entre los realizadores del DSM-IV y los de la CIE-10, con el fin de aumentar la compatibilidad entre los dos sistemas. Asimismo, han tenido lugar otras reuniones centradas en el papel de los factores culturales en el diagnóstico de las enfermedades mentales, en el diagnóstico geriátrico y en el diagnóstico psiquiátrico en los centros de asistencia primaria.

Con el fin de mantener líneas de comunicación extensas y abiertas, el Comité Elaborador del DSM-IV ha establecido contactos con muchos otros componentes de la American Psychiatric Association y con más de 60 organizaciones y asociaciones interesadas en la confección del DSM-IV (American Health Information Management Association, American Nurse's Association, American Occupational Therapy Association, American Psychoanalytic Association, American Psychological Association, American Psychological Society, Coalition for the Family, Group for the Advancement of Psychiatry, National Association of Social Workers, National Center for Health Statistics, World Health Organization). Hemos intentado discutir los temas y los datos empíricos al empezar el trabajo, para poder identificar potenciales problemas y diferencias de interpretación. Ha sido posible, asimismo, realizar intercambios de información mediante la distribución de un boletín informativo semianual (el *DSM-IV Update*), la publicación de una columna de manera regular en *Hospital and Community Psychiatry* y charlas en reuniones nacionales e internacionales, así como diversos artículos de revistas.

Dos años antes de la publicación del DSM-IV, el Comité Elaborador publicó y distribuyó ampliamente el *DSM-IV Options Book*. En este libro se incluía un resumen de las propuestas alternativas que se pensaban introducir en el manual, y se solicitaban opiniones y datos adicionales para su posterior deliberación. Recibimos una extensa correspondencia de gente interesada, que nos proporcionó información y recomendaciones sobre el impacto potencial de posibles cambios en el DSM-IV en la práctica clínica, la enseñanza, la investigación y el trabajo administrativo. Todo esto nos ayudó a prever problemas y a intentar hallar la mejor solución. Un año antes de la publicación de este manual se distribuyó un penúltimo borrador con el fin de permitir la última crítica.

En el momento de tomar las últimas decisiones, los grupos de trabajo y el Comité Elaborador revisaron todo el material y toda la correspondencia reunidos. Creemos que la mayor innovación del DSM-IV reside no en cualquiera de los cambios específicos realizados, sino en el proceso sistemático y explícito mediante el cual se elaboró. Más que cualquier otra nomenclatura de trastornos mentales, el DSM-IV está basado en la observación empírica.

Fundamentos históricos

A lo largo de la historia de la medicina ha quedado clara la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales, pero siempre ha habido escaso acuerdo sobre qué enfermedades deberían incluirse y sobre cuál sería el método óptimo para su organización. Las muchas nomenclaturas que se han creado durante los últimos dos milenios se han diferenciado en su distinto énfasis sobre la fenomenología, etiología y curso, como rasgos definitorios. Algunos sistemas han incluido sólo unas cuantas categorías diagnósticas; otros han incluido miles. Es más, la diversidad ha diferido también en función de que su objetivo principal fuese clínico, de investigación o estadístico. Debido a que la historia de la clasificación es demasiado extensa para ser resumida aquí, nos ocuparemos únicamente de aquellos aspectos que han conducido directamente al desarrollo del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM) y a las secciones de «Trastornos mentales» en las diversas ediciones de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE).

En Estados Unidos el impulso inicial para llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico. Podría considerarse como el

primer intento oficial de reunir información sobre los trastornos mentales el registro de la frecuencia de una categoría, «idioticia/locura», en el censo de 1840. En el censo de 1880 se diferenciaron siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, pasesia, demencia, dipsomanía y epilepsia. En 1917 el Committee on Statistics of The American Psychiatric Association (en aquella época denominado American Medico-Psychological Association —el nombre se cambió en 1921—), junto con la National Commission on Mental Hygiene, diseñó un plan, adaptado por la oficina del censo para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales. A pesar de que este sistema prestaba más atención al uso clínico que otros sistemas anteriores, todavía era primordialmente una clasificación estadística. La American Psychiatric Association colaboró con la New York Academy of Medicine en la elaboración de una nomenclatura psiquiátrica aceptable para todo el país, para ser publicada en la primera edición de la American Medical Association's Standard Classified Nomenclature of Disease. Esta nomenclatura fue creada básicamente para diagnosticar a pacientes ingresados con enfermedades psiquiátricas y neurológicas graves.

Más adelante, el ejército de Estados Unidos confeccionó una nomenclatura mucho más amplia (modificada por la Veterans Administration) para englobar a los enfermos de la Segunda Guerra Mundial (p. ej., trastornos agudos, psicofisiológicos y de la personalidad). Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la sexta edición de la CIE, que por primera vez incluía un apartado de trastornos mentales. Este documento de la OMS estuvo muy influido por la nomenclatura de la Veterans Administration e incluyó 10 categorías para las psicosis, 9 para las psiconeurosis y 7 para los trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia.

El American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics desarrolló una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders* (DSM-I). El DSM-I consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. El uso del término «reacción» en el DSM-I reflejó la influencia de la visión psicobiológica de Adolf Meyer, por la que los trastornos mentales representan reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos.

En parte debido a la poca aceptación de la taxonomía de los trastornos mentales contenida en la CIE-6 y la CIE-7, la OMS patrocinó una revisión de los sistemas diagnósticos que llevó a cabo el psiquiatra británico Stengel. Se puede afirmar que su trabajo ha inspirado muchos de los avances recientes en la metodología diagnóstica: muy especialmente su énfasis en la necesidad de explicitar definiciones como medio para realizar diagnósticos clínicos fiables. Sin embargo, la posterior revisión, que condujo al DSM-II y a la CIE-8, no siguió las recomendaciones de Stengel. El DSM-II fue similar al DSM-I, pero con la desaparición del término «reacción».

Al igual que el DSM-I y el DSM-II, la confección del DSM-III se llevó a cabo junto a la elaboración de la CIE-9 (se publicó en 1975 y se puso en práctica en 1978); su realización empezó en 1974 y su publicación tuvo lugar en 1980. El DSM-III introdujo una serie de importantes innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía ser neutral respecto a las teorías etiológicas. Este esfuerzo fue facilitado por el extenso trabajo empírico, realizado en aras a la construcción y validación de los criterios diagnósticos y al desarrollo de entrevistas semiestructuradas. La CIE-9 no incluía criterios diagnósticos ni un sistema multiaxial, ya que su función primordial era establecer categorías con la finalidad de hacer más fácil la recogida de datos estadísticos referentes a la salud pública. Por el contrario, el DSM-III se confeccionó con el objetivo adicional de proporcionar una nomenclatura médica para clínicos e investigadores. Debido al desencanto producido por la ausencia de especificidad de la CIE-9, se tomó la decisión de llevar a cabo una extensa modificación para su uso en Estados Unidos, convirtiéndose en CIE-9-MC (modificación clínica).

El uso del DSM-III constató una serie de inconsistencias en el sistema y un número de casos en los que los criterios diseñados no eran del todo claros. Por ello, la American Psychiatric Asso-

ciation sugirió a un grupo de trabajo que revisara el DSM-III y realizara las oportunas correcciones y modificaciones, con lo que se obtuvo el DSM-III-R, publicado en 1987.

Proceso de revisión del DSM-IV

La tercera edición del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES ha representado un gran avance en el diagnóstico de los trastornos mentales y ha facilitado mucho la investigación empírica. La creación del DSM-IV se ha beneficiado del sustancial aumento de la investigación en el diagnóstico, generado por el DSM-III y el DSM-III-R. La mayoría de los diagnósticos poseen ya literatura empírica o datos disponibles a la hora de tomar decisiones relevantes en la revisión de este manual diagnóstico. El Comité Elaborador del DSM-IV y los grupos de trabajo han efectuado un proceso empírico a tres niveles, que ha incluido: 1) revisiones sistemáticas de la literatura hasta ahora publicada, 2) reanálisis de los datos ya recogidos y 3) estudios de campo.

Revisión de la literatura

Con el fin de establecer un procedimiento sistemático para buscar, extraer, agregar e interpretar datos de manera objetiva y completa, se patrocinaron dos reuniones. La tarea inicial de cada uno de los grupos de trabajo del DSM-IV fue identificar los temas más pertinentes correspondientes a cada diagnóstico y determinar los tipos de datos empíricos para su resolución. Se asignó a un miembro o consejero de cada uno de los grupos de trabajo la responsabilidad de llevar a cabo una revisión sistemática y extensa de la literatura, que sirviera para esclarecer el tema y al mismo tiempo se usara en el texto del DSM-IV. Los campos considerados para tomar decisiones fueron la utilidad clínica, la fiabilidad, la validez descriptiva, las características psicométricas de cada criterio individual y un buen número de variables validadas.

La revisión de la literatura se centró en: 1) los temas relacionados con la descripción clínica y los criterios diagnósticos, así como su significación con respecto al DSM-IV; 2) el método de revisión (incluyendo la manera de detectar estudios relevantes, el número de estudios a considerar, los criterios de inclusión y exclusión, y las variables catalogadas en cada estudio); 3) los resultados de la revisión (con un resumen descriptivo de los estudios sobre metodología, diseño, correlatos de los hallazgos, hallazgos relevantes y sus análisis), y 4) las opciones para aclarar los temas, las ventajas e inconvenientes de cada opción, las recomendaciones y las sugerencias para llevar a cabo más investigaciones, siempre que fueran necesarias para llegar a una resolución concluyente.

El objetivo de la revisión de la literatura ha sido el de proporcionar información amplia y no sesgada, y asegurar que el DSM-IV contenga la mejor literatura clínica y de investigación actualmente disponible. Por esta razón se emplearon búsquedas sistemáticas mediante ordenador y revisiones críticas (realizadas por amplios grupos de consejeros) para asegurar que la literatura era la adecuada y que la interpretación de los resultados estaba justificada. Se solicitó a aquellas personas que no estaban muy de acuerdo con las conclusiones de la revisión que dieran su opinión al respecto. Las revisiones se analizaban muchas veces, para obtener un resultado lo más exacto y equilibrado posible. Debe reseñarse que para algunos temas encargados a los grupos de trabajo del DSM-IV, especialmente aquellos de naturaleza más conceptual o con información insuficiente, la revisión de la literatura empírica fue de utilidad limitada. A pesar de estas limitaciones, las revisiones servían para documentar el apoyo empírico y la base racional de las decisiones tomadas por los grupos de trabajo del DSM-IV.

Reanálisis de datos

Cuando la revisión de la literatura revelaba una ausencia de pruebas (o pruebas discordantes) en la resolución de un tema cualquiera, se hacía uso muy a menudo de dos recursos adicionales —reanálisis de datos y estudios de campo— para poder tomar decisiones. El análisis de datos relevantes no publicados ha sido posible gracias a una subvención de la John D. and Catherine T. MacArthur Foundation a la American Psychiatric Association. La mayoría de los 40 reanálisis de datos realizados para el DSM-IV supusieron la colaboración de varios investigadores de diferentes lugares. Estos investigadores sometieron conjuntamente sus datos a las preguntas realizadas por los grupos de trabajo concernientes a los criterios incluidos en el DSM-III-R o a los que pudieran incluirse en el DSM-IV. El reanálisis de datos también ha hecho posible la confección de diversos tipos de criterios, probados posteriormente en los estudios de campo del DSM-IV. A pesar de que la mayoría de las series de datos utilizados en los reanálisis se extrajeron de estudios epidemiológicos, clínicos o terapéuticos, resultaron de gran utilidad para aclarar los problemas nosológicos con los que se enfrentaron los grupos de trabajo del DSM-IV.

Estudios de campo

El National Institute of Mental Health (NIMH), en colaboración con el National Institute on Drug Abuse (NIDA) y el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), han patrocinado 12 de los estudios de campo. Estos estudios han permitido a los grupos de trabajo comparar opciones alternativas y estudiar el posible impacto de los cambios sugeridos. Los estudios de campo han comparado el DSM-III, el DSM-III-R y la CIE-10, y han propuesto una serie de criterios para el DSM-IV (en 5-10 lugares diferentes por cada estudio y con aproximadamente 100 individuos cada uno). Se seleccionó a individuos representativos de grupos de diferente ámbito sociocultural y étnico con el fin de establecer una generalización de los resultados y probar algunos de los más complicados aspectos del diagnóstico diferencial. Los 12 estudios de campo incluyeron más de 70 lugares y evaluaron a más de 6.000 individuos. Se recogió información sobre la fiabilidad y funcionamiento de cada criterio, así como de los puntos específicos de cada uno de ellos. Este tipo de estudio fue de utilidad también para salvar la frontera entre la investigación y la práctica clínicas, determinando cómo se aplican en la práctica los cambios derivados de la investigación.

Criterios para los cambios

A pesar de que ha sido imposible establecer criterios absolutos e infalibles sobre cuándo realizar cambios, algunos principios han servido de guía. El umbral para realizar revisiones ha sido más alto para el DSM-IV que para el DSM-III y el DSM-III-R. Las decisiones tenían que estar justificadas mediante una base racional y una revisión sistemática de datos empíricos relevantes. Para aumentar la utilidad clínica y el uso del DSM-IV, se han simplificado y clarificado los tipos de criterios, siempre que haya podido justificarse mediante datos empíricos. Se ha intentado establecer el mayor equilibrio posible entre la tradición histórica (centrada en el DSM-III y el DSM-III-R), la compatibilidad con la CIE-10, las pruebas suministradas por la revisión de la literatura, los análisis de los datos no publicados, los resultados de los estudios de campo y el consenso sobre cada tema. Aunque la cantidad de pruebas requeridas para respaldar los cambios ha sido mayor, hubo muchas variaciones de unas enfermedades a otras, ya que el fundamento empírico para las decisiones tomadas en el DSM-III y el DSM-III-R también ha variado.

Por sentido común, los grandes cambios para resolver problemas menores han requerido más pruebas que los cambios pequeños para solucionar problemas mayores. Se han recibido sugerencias para incluir nuevos diagnósticos en el DSM-IV. Quienes las proponían opinaban que los nuevos diagnósticos eran necesarios para mejorar la cobertura del sistema, ya que era importante incluir a grupos de individuos que no podían ser diagnosticados según el DSM-III-R o que, en el mejor de los casos, sólo podían ser clasificados en la categoría de «no especificados». Se decidió que, en general, se debían incluir nuevos diagnósticos en el sistema sólo después de que la investigación hubiera permitido su inclusión, y no para que su inclusión permitiera la investigación. Sin embargo, los diagnósticos incluidos en la CIE-10 gozaban de una mejor consideración que los recién acabados de proponer para el DSM-IV. El aumento de la utilidad marginal, claridad y cobertura proporcionado por los nuevos diagnósticos tenía que ser sopesado frente a los problemas y dificultades que significaba para el sistema, frente a la escasez de la documentación empírica, los posibles diagnósticos erróneos y el mal uso. No puede existir clasificación alguna de los trastornos mentales con un número suficiente de categorías específicas que abarquen todos y cada uno de los casos clínicos. Las categorías «no especificados» proporcionan una cobertura a los casos no infrecuentes que se hallan cerca de las definiciones categóricas específicas.

Fuentes del DSM-IV

La documentación ha sido la base fundamental de la realización del DSM-IV. El *DSM-IV Sourcebook*, publicado en cinco volúmenes, ha intentado proporcionar un registro de referencia amplio y conveniente, tanto clínico como de investigación, para las diversas conclusiones a las que han llegado los grupos de trabajo y el Comité Elaborador. Los tres primeros volúmenes del *Sourcebook* contienen versiones condensadas de las 150 revisiones de la literatura. El cuarto volumen consta de información sobre el reanálisis de datos, y el quinto aporta información sobre los estudios de campo y un resumen final de las bases racionales tenidas en cuenta a la hora de tomar las decisiones. Además, todo este esfuerzo estimuló la publicación de muchos trabajos que fueron de gran utilidad para el DSM-IV.

Relación con la CIE-10

La décima revisión de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud* (CIE-10), llevada a cabo por la OMS, se publicó en 1992, pero seguramente no tendrá un uso oficial en Estados Unidos hasta finales de los años noventa. Todas aquellas personas que han confeccionado la CIE-10 y el DSM-IV han trabajado en estrecho contacto para coordinar sus esfuerzos, lo cual ha dado lugar a una recíproca influencia. La CIE-10 consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Los códigos y los términos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE-9-MC y la CIE-10 (apéndice G). Los borradores clínicos y de investigación de la CIE-10 han sido revisados por los grupos de trabajo del DSM-IV y han proporcionado temas importantes para las revisiones de la literatura y los reanálisis de datos. El borrador de las versiones de los criterios diagnósticos para la investigación de la CIE-10 se ha utilizado como alternativa de comparación en el DSM-III y en el DSM-III-R, y ha sugerido también una serie de criterios para los estudios de campo del DSM-IV. La enorme cantidad de consultas entre los autores del DSM-IV y de la CIE-10 (que fueron facilitadas por NIMH, NIDA y NIAAA) ha sido muy útil a la hora de aumentar la congruencia y reducir las diferencias poco significativas entre los términos de los dos sistemas.

Definición de *trastorno mental*

A pesar de que este volumen se titula MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, el término «trastorno mental» implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos «mentales» y «físicos» (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos». El problema planteado por el término trastornos «mentales» ha resultado ser más patente que su solución, y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda sustituirlo.

Es más, a pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «trastorno mental». El término «trastorno mental», al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Todas las enfermedades médicas se definen a partir de diferentes niveles de abstracción —como patología estructural (p. ej., colitis ulcerosa), forma de presentación de los síntomas (p. ej., migraña), desviación de la norma fisiológica (p. ej., hipertensión) y etiología (p. ej., neumonía neumocócica)—. Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

A pesar de estas consideraciones, la definición de *trastorno mental* del DSM-IV es la misma que la del DSM-III y la del DSM-III-R, ya que es tan útil como cualquier otra definición y, además, ha permitido tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología, que deberían ser incluidas en el DSM-IV. En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen. Por esta razón, el texto del DSM-IV (al igual que el texto del DSM-III-R) evita el uso de expresiones como «un esquizofrénico» o «un alcohólico» y emplea las frases «un individuo con esquizofrenia» o «un individuo con dependencia del alcohol».

Uso del DSM-IV

Limitaciones del enfoque categorial

El DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque categorial es siempre

más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. Sin embargo, deben reconocerse las limitaciones del sistema de clasificación categorial.

En el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, con límites que la diferencian de otros trastornos mentales o no mentales. Tampoco hay certeza de que todos los individuos que padezcan el mismo trastorno sean completamente iguales. El clínico que maneje el DSM-IV debe considerar que es muy probable que las personas con el mismo diagnóstico sean heterogéneas, incluso respecto a los rasgos definitorios del diagnóstico, y que los casos límite son difíciles de diagnosticar, como no sea de forma probabilística. Esta perspectiva permite una mayor flexibilidad en el uso del sistema, presta más atención a los casos límite y pone énfasis en la necesidad de recoger mayor información clínica adicional que vaya más allá del diagnóstico. En reconocimiento a la heterogeneidad de los casos clínicos, el DSM-IV incluye series de criterios políticos, en los cuales sólo se necesita presentar unos pocos síntomas de la amplia lista general (p. ej., el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad requiere sólo 5 de los 9 rasgos definitorios).

Algunos participantes en el proyecto sugirieron que la clasificación del DSM-IV se realizara siguiendo un modelo dimensional, a diferencia del DSM-III-R, que empleó un modelo categorial. El sistema dimensional clasifica los casos clínicos basándose en la cuantificación de atributos (más que en la asignación de categorías) y es de mayor utilidad en la descripción de los fenómenos que se distribuyen de manera continua y que no poseen límites definidos. A pesar de que este sistema aumenta la fiabilidad y proporciona mayor información clínica (ya que define atributos clínicos que pueden pasar desapercibidos en un sistema de categorías), posee serias limitaciones; por esta razón es menos útil para la práctica clínica y la investigación que el sistema de categorías. Las descripciones dimensionales numéricas resultan menos familiares y claras que los nombres de las categorías de los trastornos mentales. Es más, aún no existe acuerdo para la elección de las dimensiones óptimas que deben usarse para clasificar. Sin embargo, es posible que el aumento de la investigación y la familiaridad con los sistemas dimensionales conduzca a una mayor aceptación tanto como método de transmisión de la información como herramienta de investigación.

Juicio clínico

El DSM-IV es una clasificación de los trastornos mentales confeccionada para uso clínico, educacional y de investigación. Las categorías y los criterios diagnósticos, así como las definiciones del texto, deben ser utilizados por personas con experiencia clínica; no es aconsejable que los profesionales con escasa información y experiencia clínica hagan uso del manual. Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico, sin seguirse a rajatabla como un libro de cocina. Por ejemplo, el juicio clínico puede justificar el diagnóstico de un individuo a pesar de que sus signos y síntomas no cumplan todos los criterios diagnósticos (siempre que estos signos y síntomas persistan durante largo tiempo y no se consideren graves). Por otra parte, la falta de familiarización con el manual o su aplicación demasiado flexible o estricta disminuyen su utilidad como lenguaje habitual de comunicación.

Uso del DSM-IV en medicina forense

Cuando las categorías, los criterios y las definiciones contenidas en el DSM-IV se emplean en medicina forense, existe el riesgo de que la información se malinterprete o se emplee de manera incorrecta. Este peligro se produce por la discrepancia existente entre las cuestiones legales y el tipo de información contenida en el diagnóstico clínico. En la mayoría de las situaciones el diag-

nóstico clínico de un trastorno mental según el DSM-IV no basta para establecer la existencia, a nivel legal, de un «trastorno, discapacidad, enfermedad o defecto mentales». Para determinar si un individuo cumple un criterio legal específico (p. ej., competencia, responsabilidad criminal o discapacidad) se requiere información adicional, más allá de la contenida en el DSM-IV: debe incluir información sobre el deterioro funcional de la persona y cómo este deterioro afecta las capacidades particulares en cuestión. Es precisamente debido a la gran variabilidad que puede existir en el deterioro, las capacidades y las incapacidades correspondientes a cada categoría diagnóstica por lo que la asignación de un diagnóstico concreto no denota un grado específico de deterioro o discapacidad.

Las personas que toman decisiones de tipo no clínico deben saber que un diagnóstico determinado no conlleva implicaciones que tengan que ver con las causas del trastorno mental o con el deterioro asociado. La inclusión de un trastorno en la clasificación (como sucede generalmente en medicina) no requiere la existencia de una etiología conocida. Además, el hecho de que un individuo cumpla criterios del DSM-IV no conlleva implicación alguna respecto al grado de control que pueda tener sobre los comportamientos asociados al trastorno. Incluso cuando la falta de control sobre el comportamiento sea uno de los síntomas del trastorno, ello no supone que el individuo diagnosticado como tal sea (o fue) incapaz de controlarse en un momento determinado.

Debe decirse que el DSM-IV refleja el consenso sobre la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales, conseguido en el momento de la publicación inicial del manual. Los nuevos conocimientos generados por la investigación y la experiencia clínica conducirán indudablemente a una mayor comprensión de los trastornos incluidos en el manual, a la identificación de nuevas enfermedades y a la eliminación de otras en futuras clasificaciones. El texto y los tipos de criterios requerirán nuevas revisiones a medida que surjan nuevos datos y nuevos conocimientos.

El uso del DSM-IV en medicina forense debe realizarse teniendo en cuenta los riesgos y las limitaciones explicitadas anteriormente. Si se hace un uso correcto, el diagnóstico y la información diagnóstica pueden ser útiles para quienes hayan de tomar decisiones. Por ejemplo, cuando la presencia de un trastorno mental sea el motivo de un dictamen legal (p. ej., procesamiento civil involuntario), el uso de un sistema de diagnóstico determinado aumentará el valor y la fiabilidad de este dictamen. Por ser un compendio basado en la revisión de la literatura clínica y de investigación, el DSM-IV puede facilitar el correcto entendimiento de los rasgos relevantes de los trastornos mentales a las personas que toman decisiones legales. La literatura de este tipo sirve también de control sobre las especulaciones no fundamentadas de los trastornos mentales y del modo de actuar del individuo. Por último, la información diagnóstica de tipo longitudinal puede mejorar la toma de decisiones cuando el problema legal concierne al funcionamiento mental de la persona, bien en el pasado o en el futuro.

Consideraciones étnicas y culturales

Se ha hecho un importante esfuerzo en la preparación del DSM-IV para que el manual pueda usarse en poblaciones de distinto ámbito cultural (tanto dentro como fuera de Estados Unidos). Los médicos visitan diariamente a personas de diferentes grupos étnicos y culturales (incluidos inmigrantes). La valoración diagnóstica puede constituir un reto cuando un clínico de un grupo étnico determinado usa el DSM-IV para evaluar a un paciente de otro grupo étnico. Un médico que no esté familiarizado con los matices culturales de un individuo puede, de manera incorrecta, diagnosticar como psicopatológicas variaciones normales del comportamiento, de las creencias y de la experiencia que son habituales en su cultura. Por ejemplo, ciertas prácticas religiosas o creencias (p. ej., escuchar o ver a un familiar fallecido durante el duelo) pueden diagnosticarse como manifestaciones de un trastorno psicótico. Aplicar los criterios para el trastorno de la personalidad en

diversas culturas puede ser extremadamente difícil debido a la amplia variación cultural del concepto del «yo», de los estilos de comunicación y de los mecanismos de afrontamiento.

El DSM-IV consta de tres tipos de información relacionada con aspectos culturales: 1) una discusión sobre las variantes culturales de las presentaciones clínicas de los trastornos incluidos en el DSM-IV; 2) una descripción de los síndromes relacionados con la cultura no incluidos en el DSM-IV (se incluyen en el apéndice J), y 3) directrices diseñadas para ayudar al clínico a evaluar y a documentar de manera sistemática el impacto del contexto cultural del individuo (v. también apéndice J).

La amplia aceptación internacional del DSM indica que esta clasificación es una herramienta muy útil para identificar los trastornos mentales tal y como son padecidos por los individuos de todo el mundo. Sin embargo, existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. Con el fin de facilitar su aplicación a personas de diversas culturas y etnias, el DSM-IV consta de un nuevo apartado dedicado a los rasgos ligados a la cultura. Este apartado describe cómo los aspectos culturales afectan al contenido y a la forma de presentación del síntoma (p. ej., trastornos depresivos caracterizados por una preponderancia de síntomas somáticos más que por tristeza), da a conocer también qué términos son preferidos para definir el malestar y aporta información sobre la prevalencia del trastorno (cuando es posible).

El segundo tipo de información cultural que se proporciona son los «síndromes relacionados con la cultura», descritos en una o algunas sociedades. El DSM-IV da a conocer dos maneras para facilitar el reconocimiento de estos síndromes: 1) algunos son incluidos como ejemplos separados en la categoría «no especificados» (p. ej., amok, ataque de nervios), y 2) se ha confeccionado un apéndice de estos síndromes (apéndice J) que engloba el nombre de la enfermedad, las culturas en las que se ha descrito y una breve descripción de la psicopatología.

Con el fin de aumentar la aplicabilidad del DSM-IV entre las diferentes culturas, se ha confeccionado un apartado específico sobre cultura, en el que se incluye un glosario de síndromes relacionado con ésta y las directrices apropiadas para su comprensión. Es de esperar que estos nuevos aspectos permitan detectar con más sensibilidad el modo en que estos trastornos mentales se manifiestan en las diferentes culturas, reduciendo así el posible sesgo ocasionado por la formación cultural del clínico.

Uso del DSM-IV en la elección del tratamiento

Establecer un diagnóstico constituye sólo el primer paso de una evaluación completa. Para formular un adecuado plan terapéutico, el clínico necesita más información sobre el presunto enfermo que la requerida para realizar el diagnóstico según los criterios del DSM-IV.

Distinción entre trastorno mental y enfermedad médica

Los términos «trastorno mental» y «enfermedad médica» se usan ampliamente a través de todo el manual. El término «trastorno mental» se ha explicado antes. El término «enfermedad médica» se usa como expresión para denominar enfermedades y trastornos que se encuentran fuera del capítulo de «trastornos mentales y del comportamiento» de la CIE. Hay que subrayar que éstos son sólo términos de conveniencia y, por tanto, no debe pensarse que exista una diferencia fundamental entre los trastornos mentales y los trastornos físicos. De igual modo, sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales.

Organización del manual

El manual se inicia con las instrucciones para su uso (pág. 1), seguidas por la Clasificación DSM-IV (v. págs. 13-24), que proporciona una lista sistemática de los códigos y categorías. A continuación se describe el sistema multiaxial para el diagnóstico (v. págs. 27-37) y los criterios diagnósticos de cada trastorno acompañados por un texto descriptivo (págs. 39-703). Por último, el manual incluye 11 apéndices.

Advertencia

Los criterios diagnósticos específicos de cada trastorno mental son directrices para establecer el diagnóstico, puesto que se ha comprobado que su uso aumenta el entendimiento entre clínicos e investigadores. La correcta aplicación de estos criterios requiere un entrenamiento especial que proporcione conocimientos y habilidades clínicas.

Estos criterios diagnósticos y la clasificación de los trastornos mentales reflejan un consenso a partir de los conocimientos actuales en este campo, pero no incluyen todas las situaciones que pueden ser objeto de tratamiento o de investigación.

El propósito del DSM-IV es proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La inclusión de categorías diagnósticas como la ludopatía o la pedofilia responde a objetivos clínicos y de investigación, y su formulación no implica que cumplan los criterios legales o no médicos ajenos a lo que constituye incapacidad, trastorno o enfermedad mental. Las consideraciones clínicas y científicas usadas para categorizar estas alteraciones como trastornos mentales pueden ser irrelevantes a la hora de pronunciarse sobre temas legales, como responsabilidad individual, intencionalidad o competencia.

Uso del manual

Procedimientos de codificación y recogida de información

Códigos de diagnóstico

En la versión española del manual, la mayoría de los trastornos DSM-IV poseen dos códigos. Esto se debe a que en Europa se utiliza el sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) y a que en Estados Unidos el sistema de codificación oficial es el de la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica (CIE-9-MC). Estos dos códigos aparecen en distintas situaciones. En el sistema de codificación de la CIE-10: 1) precediendo al nombre del trastorno en la clasificación (págs. 13-25); 2) al principio del apartado correspondiente a cada trastorno, y 3) acompañando al conjunto de criterios propio de cada trastorno. En el sistema de codificación de la CIE-9-MC: 1) precediendo al nombre del trastorno en el apéndice G (págs. 827-839); 2) entre corchetes, detrás del nombre del trastorno que se encuentra al principio del apartado correspondiente, y 3) acompañando al conjunto de criterios propios de cada trastorno y situándolos detrás de cada uno de ellos y entre corchetes. En algunos diagnósticos (p. ej., retraso mental, trastorno del estado de ánimo inducido por tóxicos), el código adecuado depende de especificaciones posteriores y aparece tras el texto y el conjunto de criterios propios del trastorno en cuestión. Los nombres de algunos trastornos van seguidos de términos alternativos situados entre paréntesis, que, en la mayor parte de los casos, eran las denominaciones de tales trastornos según aparecían en el DSM-III-R.

La utilización de códigos diagnósticos es fundamental para la recopilación de información médica. La codificación de diagnósticos facilita la recogida de datos y la recuperación y compilación de información estadística. Con frecuencia también se requiere de los códigos que faciliten la comunicación de datos diagnósticos a terceras partes interesadas, incluyendo instituciones gubernamentales, aseguradoras privadas y la Organización Mundial de la Salud.

Los subtipos (alguno de los cuales se codifica mediante el quinto carácter) y las especificaciones pretenden incrementar la especificidad. Dentro de un diagnóstico, los *subtipos* definen subgrupos fenomenológicos mutuamente excluyentes y se indican en el conjunto de criterios mediante las palabras «especificar el tipo». Por ejemplo, el trastorno delirante incluye distintos tipos de acuerdo con el contenido de los delirios. Concretamente los tipos son siete: erotomaniaco, de grandiosidad, celotípico, persecutorio, somático, mixto y no especificado. Por el contrario, las *especificaciones* no pretenden ser mutuamente excluyentes y están indicadas en el conjunto de criterios para las palabras «especificar si» (p. ej., en la fobia social, las intrucciones señalan «especificar si: generalizada»). Las especificaciones permiten definir subgrupos más homogéneos de individuos afectados por un trastorno, y que comparten ciertas características (p. ej., trastorno depresivo mayor con síntomas melancólicos). Aunque a veces se asigna un cuarto o quinto carácter para codificar

un subtipo o una especificación (p. ej., F00.01 Demencia tipo Alzheimer, con inicio precoz, con alucinaciones [290.12]) o la gravedad (F32.0 Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve [296.21]), la mayoría de los subtipos y las especificaciones incluidos en el DSM-IV no han podido ser codificados según el sistema CIE-9-MC y sólo se han indicado mediante la inclusión del subtipo o la especificación tras el nombre del trastorno (p. ej., fobia social, generalizada). El sistema CIE-10 permite codificar una gran parte de subtipos y especificaciones.

Especificaciones de la gravedad y el curso

Habitualmente, el diagnóstico DSM-IV se aplica a las manifestaciones actuales del sujeto y no acostumbra utilizarse para denotar diagnósticos anteriores de los que el individuo ya está recuperado. Una vez establecido el diagnóstico, pueden aplicarse las siguientes especificaciones indicadoras de gravedad y curso evolutivo: leve, moderado, grave, en remisión parcial, en remisión total e historia anterior.

Las especificaciones leve, moderado y grave sólo deben utilizarse cuando el trastorno cumpla en el momento presente todos los criterios. Al decidir si la presentación del trastorno ha de describirse como leve, moderada o grave, el clínico debe tener en cuenta el número e intensidad de los signos y síntomas del trastorno en cuestión, así como cualquier irregularidad en la actividad laboral o social. En la mayor parte de los trastornos hay que utilizar las siguientes directrices:

Leve. Son pocos, o ninguno, los síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social o laboral.

Moderado. Existen síntomas o deterioro funcional situados entre «leve» y «grave».

Grave. Se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico, o distintos síntomas que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral.

En remisión parcial. Con anterioridad se cumplían todos los criterios del trastorno, pero en la actualidad sólo permanecen algunos de sus síntomas o signos.

En remisión total. Ya no existe ningún síntoma o signo del trastorno, pero todavía es relevante desde un punto de vista clínico tener en cuenta dicho trastorno, por ejemplo, en un individuo con episodios anteriores de trastorno bipolar que ha permanecido sin síntomas durante los últimos 3 años, bajo tratamiento con litio. Tras un período de tiempo en completa remisión, el clínico puede considerar que el sujeto está recuperado y, en consecuencia, no codificar el trastorno como un diagnóstico actual. La diferenciación de en remisión total requiere la consideración de distintos factores, incluyendo el curso característico del trastorno, el lapso de tiempo transcurrido desde el último período patológico, la duración total del trastorno y la necesidad de evaluación persistente o de tratamiento profiláctico.

Historia anterior. En determinados casos puede ser útil reconstruir la historia de los criterios cumplidos por el trastorno, aun cuando el individuo esté recuperado en la actualidad. Estos diagnósticos anteriores de un trastorno mental deben indicarse utilizando la especificación historia anterior (p. ej., trastorno de ansiedad por separación, historia anterior, aplicable a un individuo con una historia de trastorno de ansiedad por separación, que en la actualidad no sufre trastorno alguno o que ahora satisface criterios de crisis de angustia).

Son varios los trastornos que cuentan con criterios específicos para definirlos como leves, moderados y graves: retraso mental, trastorno disocial, episodio maníaco y episodio depresivo mayor. Otros cuentan con criterios específicos para definirlos en remisión parcial y en remisión total: episodio maníaco, episodio depresivo mayor y dependencia de sustancias.

Recidiva

En la práctica clínica, es frecuente que los sujetos, tras un período de tiempo en que ya no se cumplen todos los criterios del trastorno (p. ej., en remisiones o recuperaciones parciales o totales), desarrollen ciertos síntomas que sugieren la recidiva de su trastorno original, pero que sin embargo no cumplen las exigencias diagnósticas especificadas en la tabla de criterios. La mejor forma de indicar la presencia de estos síntomas es una cuestión de juicio clínico. Existen las siguientes opciones:

- Si se cree que los síntomas constituyen un nuevo episodio de un trastorno recurrente, dicho trastorno puede diagnosticarse como actual (o provisional) aun antes de haber cumplido todos los criterios (p. ej., tras cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor durante sólo 10 días en lugar de los 14 días usualmente requeridos).
- Si se considera que los síntomas son clínicamente significativos pero no está claro que constituyan una recidiva del trastorno original, puede usarse la categoría no especificado.
- Si se opina que los síntomas no son clínicamente significativos, no hay que añadir ningún diagnóstico actual o provisional, pero puede anotarse «historia anterior» (v. pág. 2).

Diagnóstico principal/motivo de la consulta

Cuando en una hospitalización se establece más de un diagnóstico a un individuo, el *diagnóstico principal* corresponderá a aquel trastorno que, tras estudiar el caso, se considere responsable principal del ingreso. En la asistencia ambulatoria, cuando a un sujeto se le aplica más de un diagnóstico, el *motivo de la consulta* es el trastorno que justifica en primer lugar la asistencia médica ambulatoria recibida durante la visita. En la mayor parte de los casos el diagnóstico principal o el motivo de la consulta también constituyen el principal objeto de atención o tratamiento. Con frecuencia es difícil (y algo arbitrario) determinar qué diagnóstico es el principal o el motivo de la consulta, especialmente en situaciones de «doble diagnóstico» (un diagnóstico relacionado con sustancias, como dependencia de anfetaminas, acompañado por otro diagnóstico no relacionado con sustancias, como esquizofrenia). Por ejemplo, puede no quedar claro qué diagnóstico debe considerarse «principal» en el caso de una persona hospitalizada por esquizofrenia e intoxicación por anfetaminas, puesto que cada uno de estos trastornos podría haber contribuido igualmente a la necesidad de ingreso y tratamiento.

Los diagnósticos múltiples pueden formularse en forma multiaxial (v. pág. 35) o no axial (v. pág. 37). Cuando el diagnóstico principal corresponde a un trastorno del Eje I, esto se indica situándolo en primer lugar. Los restantes trastornos se ordenan según el objetivo asistencial y terapéutico. Cuando una persona cuenta con diagnósticos tanto del Eje I como del Eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de la visita radicarán en el Eje I a menos que el diagnóstico del Eje II vaya seguido de la expresión «(diagnóstico principal)» o «(motivo de la consulta)».

Diagnóstico provisional

Cuando existe una clara presunción de que todos los criterios para un trastorno se cumplirán en última instancia, pero no se dispone de suficiente información para formular un diagnóstico firme, en tal caso puede utilizarse la especificación provisional. El clínico puede indicar la incertidumbre diagnóstica anotando «(provisional)» después del diagnóstico. Por ejemplo, el sujeto parece sufrir un trastorno depresivo mayor, pero no es posible obtener una historia adecuada que permita establecer que se cumplen todos los criterios. El término *provisional* también se utiliza en

aquellas situaciones en las que el diagnóstico diferencial depende exclusivamente de la duración de la enfermedad. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme requiere una duración inferior a 6 meses y sólo puede formularse provisionalmente si se asigna antes de haber sobrevenido la remisión.

Utilización de categorías no especificadas

Dada la diversidad de las presentaciones clínicas, es imposible que la nomenclatura diagnóstica abarque cualquier situación posible. Por este motivo, cada clase de diagnóstico cuenta por lo menos con una categoría no especificada y algunas clases en particular incluyen varias categorías no especificadas. Son cuatro las situaciones en que puede estar indicado formular un diagnóstico no especificado:

- La presentación del cuadro coincide con las directrices generales específicas de un trastorno mental en la clase diagnóstica correspondiente, pero la sintomatología no cumple los criterios de alguno de los trastornos específicos. Esto sucede cuando los síntomas se sitúan por debajo del umbral diagnóstico propio de uno de los trastornos específicos o cuando se produce una presentación atípica o mixta.
- La presentación del cuadro constituye un patrón sintomático que no ha sido incluido en la Clasificación DSM-IV, pero da lugar a deterioro o malestar clínicamente significativos. Los criterios de investigación para alguno de estos patrones sintomáticos han sido incluidos en el apéndice B («Criterios y Ejes estipulados para estudios posteriores»), en cuyo caso se hace constar la página del apéndice B que incluye los criterios de investigación que se sugieren.
- La etiología es incierta (p. ej., si el trastorno se debe a una enfermedad médica, está inducido por una sustancia, o es primario).
- No hay oportunidad para una recogida completa de datos (p. ej., en situaciones de urgencia) o la información es incoherente o contradictoria, pero existe suficiente información para incluirla dentro de una clase diagnóstica concreta (p. ej., el clínico determina que el sujeto tiene síntomas psicóticos, pero carece de información suficiente para diagnosticar un trastorno psicótico específico).

Modos de indicar la incertidumbre diagnóstica

La tabla siguiente indica los distintos modos en que un clínico puede indicar incertidumbre en el diagnóstico:

| Término | Ejemplos de situaciones clínicas |
|---|--|
| Códigos Z (otros problemas que pueden ser objetivo de atención clínica) (códigos V para CIE-9-MC) | Información insuficiente para saber si el problema que se manifiesta es atribuible o no a un trastorno mental, por ejemplo, problema académico; conducta antisocial adulta |
| R69 Diagnóstico o trastorno aplazado en el Eje I [799.9] | Información inadecuada para formular cualquier juicio diagnóstico sobre un diagnóstico o estado del Eje I |
| R46.8 Diagnóstico aplazado en el Eje II [799.9] | Información inadecuada para formular cualquier juicio diagnóstico sobre un diagnóstico del Eje II |

| Término | Ejemplos de situaciones clínicas |
|--|---|
| F99 Trastorno mental no especificado (no psicótico [300.9]) | Se dispone de información suficiente para descartar un trastorno psicótico, pero no es posible una mayor especificación |
| F29 Trastorno psicótico no especificado [298.9] | Se dispone de información suficiente para determinar la presencia de un trastorno psicótico, pero no es posible una mayor especificación |
| (Clase de trastorno) no especificado, por ejemplo, trastorno depresivo no especificado | Se dispone de suficiente información para indicar la clase de trastorno, pero no es posible una mayor especificación, sea porque no hay suficiente información para formular un diagnóstico más específico, sea porque las características clínicas del trastorno no cumplen los criterios de ninguna de las categorías específicas de esta clase |
| (Diagnóstico específico) (provisional), por ejemplo, trastorno esquizofreniforme (provisional) | Se dispone de información suficiente para formular un diagnóstico «de trabajo», pero el clínico desea indicar un grado significativo de incertidumbre diagnóstica |

Crterios de uso frecuente

Crterios utilizados para excluir otros diagnósticos y sugerir diagnósticos diferenciales

La mayor parte de los conjuntos de criterios presentados en este manual incluyen criterios de exclusión necesarios para establecer límites entre distintos trastornos y para clarificar diagnósticos diferenciales. Los distintos términos utilizados para describir los criterios de exclusión a lo largo del DSM-IV reflejan los diferentes tipos de relaciones posibles entre trastornos:

- **«Nunca ha cumplido criterios para...».** Se utiliza este criterio de exclusión para definir una jerarquía entre distintos trastornos a lo largo de la vida. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno depresivo mayor ya no puede formularse una vez ha ocurrido un episodio maníaco, por lo que debe sustituirse por un diagnóstico de trastorno bipolar I.
- **«No cumple criterios para...».** Se utiliza este criterio de exclusión a fin de establecer una jerarquía entre trastornos (o subtipos) definidos transversalmente. Por ejemplo, especificación «con síntomas melancólicos» tiene prioridad sobre «con síntomas atípicos» al describir el episodio depresivo mayor actual.
- **«No aparece exclusivamente en el transcurso de...».** Este criterio de exclusión evita que un trastorno sea diagnosticado cuando su presentación sintomática sólo se produce durante el curso de otro trastorno. Por ejemplo, no se diagnostica por separado una demencia si sólo aparece durante un delirium; no se diagnostica por separado un trastorno de conversión si sólo aparece durante un trastorno por somatización; no se diagnostica por separado una bulimia nerviosa si sólo aparece durante episodios de anorexia nerviosa. Habitualmente, este criterio de exclusión se utiliza en situaciones donde los síntomas de un trastorno son características asociadas o un subconjunto de los síntomas del trastorno principal. El clínico debe

considerar los períodos de remisión parcial como una parte del «curso de otro trastorno». Debe tenerse en cuenta que el diagnóstico excluido puede atribuirse en aquellas ocasiones en que ocurra independientemente (p. ej., cuando el trastorno excluyente está en remisión total).

- **«No se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una sustancia psicoactiva, una medicación) o a una enfermedad médica».** Se utiliza este criterio de exclusión para indicar que debe considerarse y descartarse una etiología médica general o inducida por sustancias antes de diagnosticar el trastorno (p. ej., sólo puede diagnosticarse un trastorno depresivo mayor tras haber descartado etiologías basadas en abuso de sustancias o en una enfermedad médica).
- **«No se explica mejor por...».** Se utiliza este criterio de exclusión para indicar que los trastornos mencionados en el criterio deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la psicopatología en cuestión y que, en casos limítrofes, será necesario el juicio clínico para determinar qué trastorno da lugar al diagnóstico más adecuado. En estos casos, debe consultarse el apartado «Diagnóstico diferencial» del texto correspondiente a los trastornos implicados.

Existe el acuerdo general de que el DSM-IV debe permitir la atribución de diagnósticos múltiples a aquellos cuadros clínicos que cumplan criterios de más de un trastorno DSM-IV. Hay tres situaciones en las que los criterios de exclusión antes mencionados ayudan a establecer una jerarquía diagnóstica (y así evitan diagnósticos múltiples) o a subrayar consideraciones diagnósticas diferenciales (y así descartar los diagnósticos múltiples):

- Cuando un trastorno mental debido a una enfermedad médica o a una sustancia es responsable de los síntomas, se otorga prioridad al diagnóstico del trastorno primario correspondiente con los mismos síntomas (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína es prioritario a trastorno depresivo mayor). En tales casos, en el conjunto de criterios correspondientes al trastorno primario se incluye un criterio de exclusión con la frase «no se debe a los efectos fisiológicos directos de...».
- Cuando un trastorno más generalizado (p. ej., esquizofrenia) incluye entre sus síntomas definitorios (o síntomas asociados) los que son síntomas definitorios de un trastorno menos generalizado (p. ej., trastorno distímico), en el conjunto de criterios del trastorno menos generalizado aparece uno de los tres siguientes criterios de exclusión, indicando que sólo se diagnostica el trastorno más generalizado: «nunca ha cumplido criterios para...», «no cumple criterios para...», «no aparece exclusivamente en el transcurso de...».
- Cuando existen límites diagnósticos diferenciales particularmente difíciles, se incluye la frase «no se explica mejor por...» para indicar que se precisa del juicio clínico para determinar qué diagnóstico es más apropiado. Por ejemplo, el trastorno por angustia con agorafobia incluye el criterio «no se explica mejor por la presencia de fobia social», y la fobia social incluye el criterio «no se explica mejor por la presencia de un trastorno por angustia con agorafobia» reconociendo el hecho de que en este caso existe una frontera particularmente difícil entre ambos trastornos. En algunos casos ambos diagnósticos son apropiados.

Criterios para los trastornos por consumo de sustancias

Con frecuencia, es difícil determinar si la sintomatología observada está inducida por una sustancia, esto es, si se trata de la consecuencia fisiológica directa de una intoxicación o abstinencia de sustancias, el uso de una medicación o la exposición a un tóxico. En un intento por proporcionar alguna ayuda al formular esta determinación, a cada uno de los trastornos por consumo de sus-

tancias se han añadido los dos criterios que se reproducen más adelante. Se entiende que estos criterios proporcionan directrices generales, pero al mismo tiempo permiten que el juicio clínico intervenga en la determinación de si los síntomas presentes están mejor explicados o no por los efectos fisiológicos directos de la sustancia en cuestión. Para un mayor análisis de este tema, véase la página 198.

- B. Partiendo de los antecedentes, de la exploración física, o de los hallazgos de laboratorio, existen pruebas de (1) o (2):
- (1) los síntomas aparecen en el transcurso de una intoxicación o abstinencia de sustancias, o durante 1 mes después
 - (2) la medicación utilizada está relacionada etiológicamente con el trastorno.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno que no está inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas se explican mejor por un trastorno no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden el inicio del consumo de sustancias (o el uso de la medicación); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras el cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o bien resultan excesivos en relación con lo esperable dados el tipo, la duración o el volumen de la sustancia utilizada; o hay otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recurrentes no relacionados con sustancias).

Criterios para un trastorno mental debido a una enfermedad médica

El criterio citado después es necesario a fin de establecer el requisito etiológico de cada uno de los trastornos mentales debidos a una enfermedad médica (p. ej., trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo). Para un análisis más extenso de este tema, véase página 171.

Los antecedentes, la exploración física o los hallazgos de laboratorio demuestran que el trastorno es la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

Criterios de significación clínica

La definición de *trastorno mental* que consta en la introducción del DSM-IV requiere que haya deterioro o malestar clínicamente significativos. Para subrayar la importancia de la consideración de este hecho, las tablas de criterios de la mayoría de los trastornos incluyen un criterio de significación clínica (usualmente se dice «...causa malestar o deterioro clínicamente significativos en la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto»). Este criterio ayuda a establecer el umbral para diagnosticar un trastorno en casos donde su presentación sintomática (particularmente en sus formas más leves) no es inherentemente patológica y puede darse en individuos en quienes sería inapropiado un diagnóstico de «trastorno mental». Evaluar si este criterio se está cumpliendo, especialmente en términos de actividad, constituye un juicio clínico intrínsecamente difícil. Con frecuencia es preciso basarse en informaciones sobre la actividad del sujeto recabadas de la familia y de terceras personas (además de las procedentes del individuo).

Tipos de información que aparecen en el texto de DSM-IV

El texto del DSM-IV describe cada trastorno bajo los siguientes epígrafes: «Características diagnósticas», «Subtipos y/o especificaciones», «Procedimiento de tipificación», «Síntomas y trastornos asociados», «Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo», «Prevalencia», «Curso», «Patrón familiar» y «Diagnóstico diferencial». Cuando no hay información sobre una de estas secciones, no se incluye en el texto. En algunos casos, cuando varios trastornos específicos de un grupo de trastornos comparten características comunes, esta información se incluye en la información general del grupo.

Características diagnósticas. Esta sección clarifica los criterios diagnósticos y suele aportar ejemplos ilustrativos.

Subtipos y/o especificaciones. Esta sección proporciona definiciones y análisis breves referentes a los subtipos y/o especificaciones aplicables.

Procedimiento de tipificación. Esta sección aporta directrices para registrar el nombre del trastorno y seleccionar y registrar los códigos diagnósticos CIE-10 y CIE-9-MC adecuados. También incluye instrucciones para aplicar cualesquiera subtipos y/o especificaciones apropiados.

Síntomas y trastornos asociados. Esta sección suele subdividirse en tres partes:

- *Características descriptivas y trastornos mentales asociados.* Esta sección incluye ciertas características clínicas que se asocian frecuentemente al trastorno, pero que no se consideran esenciales para formular el diagnóstico. En algunos casos estas características fueron propuestas para ser incluidas como posibles criterios diagnósticos, pero resultaron insuficientemente sensibles o específicas para formar parte del conjunto final de criterios. En esta misma sección también se incluyen otros trastornos mentales asociados con el trastorno que está siendo analizado. Se especifica (cuando se sabe) si estos trastornos preceden, coinciden, o son consecuencias del trastorno en cuestión (p. ej., una demencia persistente inducida por alcohol es una consecuencia de una dependencia crónica del alcohol). Cuando se dispone de ella, también se incluye en esta sección información sobre factores predisponentes y complicaciones.
- *Hallazgos de laboratorio.* Esta sección proporciona información acerca de tres tipos de hallazgos de laboratorio que pueden asociarse al trastorno: 1) aquellos hallazgos de laboratorio asociados que se consideran «diagnósticos», por ejemplo, hallazgos polisomnográficos en algunos trastornos del sueño; 2) aquellos hallazgos de laboratorio asociados que no se consideran diagnósticos del trastorno, pero que han sido considerados anormales en grupos de individuos afectados del trastorno en comparación con sujetos de control, por ejemplo, volumen ventricular en la tomografía computarizada como un validador del constructo de esquizofrenia, y 3) aquellos hallazgos de laboratorio que se asocian a las complicaciones de un trastorno, por ejemplo, desequilibrios electrolíticos en individuos con anorexia nerviosa.
- *Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.* Esta sección incluye informaciones acerca de síntomas recogidos en la historia, o hallazgos observados durante la exploración física, que pueden tener significación diagnóstica pero que no son esenciales para el diagnóstico; por ejemplo, una erosión dental en una bulimia nerviosa. También se incluyen aquellos trastornos que se codifican al margen del capítulo de la CIE dedicado a «trastornos mentales y del comportamiento», pero que se asocian al trastorno en estudio. Al igual que en los trastornos mentales asociados, se especifica, si se conoce el tipo de asocia-

ción (p. ej., precede, coincide con, es una consecuencia de); por ejemplo, una cirrosis es una consecuencia de la dependencia del alcohol.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo. Esta sección suministra al clínico directrices sobre distintas variantes en la presentación del trastorno que pueden atribuirse a la situación cultural, el estadio de desarrollo (p. ej., infancia, niñez, adolescencia, madurez, ancianidad) o el sexo del sujeto. Esta sección también incluye información sobre tasas de prevalencia diferenciales relacionadas con el sexo, la edad y la cultura (p. ej., proporción por sexos).

Prevalencia. Esta sección proporciona los datos disponibles sobre prevalencia actual y a lo largo de la vida, incidencia y riesgo a lo largo de la vida. Estos datos se proporcionan en relación con diferentes situaciones (p. ej., comunidad, atención primaria, consultas externas de clínicas de salud mental y establecimientos de hospitalización psiquiátrica) cuando se dispone de tal información.

Curso. Esta sección describe los patrones típicos de presentación y evolución del trastorno a lo largo del tiempo. Contiene información sobre la *edad de inicio* y el *modo de inicio* (p. ej., súbito o insidioso) típicos del trastorno; *curso episódico* versus *continuo*: *episodio único* versus *recurrente*; *duración*, que caracteriza la longitud típica de la enfermedad y sus episodios; y *progresión*, que describe la tendencia general del trastorno a lo largo del tiempo (p. ej., estable, empeora, mejora).

Patrón familiar. Esta sección describe datos acerca de la frecuencia del trastorno entre parientes biológicos de primer grado comparándola con la frecuencia en la población general. También indica otros trastornos que tienden a aparecer más frecuentemente en los miembros de la familia de quienes sufren el trastorno en cuestión.

Diagnóstico diferencial. Esta sección analiza cómo diferenciar este trastorno de otros que cuentan con algunas características de presentación similares.

Plan de organización del DSM-IV

Los trastornos DSM-IV están agrupados en 16 clases diagnósticas principales (p. ej., trastornos relacionados con sustancias, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad) y una sección adicional denominada «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica».

La primera sección está dedicada a «Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia». Esta división de la clasificación de acuerdo con la edad de presentación de un trastorno sólo está planteada por razones de conveniencia y no es absoluta. Aunque los trastornos incluidos en esta sección suelen ponerse de manifiesto por vez primera durante la infancia y la adolescencia, algunos sujetos diagnosticados con los trastornos que aparecen en la mencionada sección (p. ej., trastorno por déficit de atención con hiperactividad) pueden no ser objeto de atención clínica hasta la edad adulta. Además, no es raro que la infancia o la adolescencia sean la edad de inicio de diferentes trastornos incluidos en otras secciones (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno de ansiedad generalizada). Por consiguiente, los clínicos que trabajan primordialmente con niños y adolescentes deben familiarizarse con todo el manual, y quienes trabajan primordialmente con adultos deben familiarizarse con este apartado.

Las tres secciones siguientes —«Delirium, demencia y trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos», «Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica» y «Trastornos relacionados con sustancias»— fueron agrupadas conjuntamente en el DSM-III-R bajo el encabezamiento

to unitario de «Síndromes y trastornos mentales orgánicos». El término «trastorno mental orgánico» ya no se utiliza en el DSM-IV, puesto que implica incorrectamente que los otros trastornos mentales que aparecen en el manual carecen de base biológica. Al igual que en el DSM-III-R, estas secciones se sitúan en el manual antes de los restantes trastornos dada su prioridad en el diagnóstico diferencial (p. ej., las causas de un estado de ánimo depresivo relacionadas con sustancias deben descartarse antes de formular un diagnóstico de trastorno depresivo mayor). Para facilitar el diagnóstico diferencial, en estas secciones aparecen listas completas de trastornos mentales debidos a enfermedades médicas y a trastornos relacionados con sustancias, mientras que el texto y los criterios correspondientes a estos trastornos se han situado en las secciones diagnósticas correspondientes a los trastornos con los que comparten la fenomenología. Por ejemplo, el texto y los criterios del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica han sido incluidos en la sección «Trastornos del estado de ánimo».

El principio organizativo de todas las secciones restantes (excepto los trastornos adaptativos) consiste en agrupar trastornos en función de sus características fenomenológicas compartidas a fin de facilitar el diagnóstico diferencial. La sección «Trastornos adaptativos» está organizada de modo distinto puesto que tales trastornos han sido agrupados en función de su etiología común (p. ej., reacción desadaptativa a estrés). Por consiguiente, los trastornos adaptativos incluyen una amplia variedad de presentaciones clínicas heterogéneas (p. ej., trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, trastorno adaptativo con ansiedad, trastorno adaptativo con alteración del comportamiento).

Por fin, el DSM-IV incluye una sección dedicada a «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica».

El DSM-IV incluye 11 apéndices:

Apéndice A: Árboles de decisión para el diagnóstico diferencial. Este apéndice contiene seis árboles de decisión (para trastornos mentales debidos a una enfermedad médica, trastornos inducidos por sustancias, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos somatomorfos). Su objetivo reside en ayudar al clínico en el diagnóstico diferencial, así como en la comprensión de la estructura jerárquica de la clasificación DSM-IV.

Apéndice B: Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. Este apéndice contiene una serie de proposiciones sugeridas para su posible inclusión en el DSM-IV. Fue aportada una serie de textos breves y de criterios de investigación relacionados con los siguientes trastornos: trastorno posconmocional, trastorno neurocognoscitivo leve, abstinencia de cafeína, trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia, trastorno deteriorante simple, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno facticio por poderes, trastorno por trance disociativo, trastorno por atracciones, trastorno depresivo de la personalidad, trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, parkinsonismo inducido por neurolépticos, síndrome neuroléptico maligno, distonía aguda inducida por neurolépticos, acatisia aguda inducida por neurolépticos, discinesia tardía inducida por neurolépticos y temblor postural inducido por medicamentos. Además, se han incluido unas descripciones dimensionales alternativas de esquizofrenia y un Criterio B alternativo para el trastorno distímico. Finalmente, se hacen constar tres Ejes propuestos: Escala de mecanismos de defensa, Escala de evaluación global de la actividad relacional (EEGAR) y Escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL).

Apéndice C: Glosario de términos técnicos. Este apéndice contiene un glosario de definiciones de términos seleccionados para ayudar a los usuarios del manual en la aplicación de las tablas de criterios.

Apéndice D: Índice de modificaciones del DSM-IV. Este apéndice indica los principales cambios que, a partir del DSM-III-R, se han incluido en los términos y las categorías del DSM-IV.

Apéndice E: Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10). Este apéndice enumera los trastornos del DSM-IV (con sus códigos CIE-10) en orden alfabético. Ha sido incluido para facilitar la selección de códigos diagnósticos.

Apéndice F: Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10). Este apéndice enumera los trastornos DSM-IV (con sus códigos CIE-10) en orden numérico, según código. Ha sido incluido para facilitar el registro de términos diagnósticos.

Apéndice G: Clasificación DSM-IV con códigos CIE-9-MC. Al publicarse este manual (principios de 1994), el sistema de codificación oficial utilizado en Estados Unidos es la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, novena revisión, modificación clínica (CIE-9-MC).

Apéndice H: Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC). Este apéndice enumera los trastornos del DSM-IV (con sus códigos CIE-9-MC) en orden alfabético. Ha sido incluido para facilitar la selección de códigos diagnósticos.

Apéndice I: Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC). Este apéndice enumera los trastornos DSM-IV (con sus códigos CIE-9-MC) en orden numérico, según código. Ha sido incluido para facilitar el registro de términos diagnósticos.

Apéndice J: Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura. Este apéndice está dividido en dos secciones. La primera proporciona un esquema para la formulación cultural a fin de asistir al clínico al evaluar e informar sistemáticamente en lo que concierne al impacto del contexto cultural sobre un individuo concreto. La segunda sección es un glosario de síndromes dependientes de la cultura.

Apéndice K: Colaboradores del DSM-IV. Este apéndice enumera los nombres de los asesores y participantes en pruebas de campo, junto con otras personas y organizaciones que han contribuido a la confección del DSM-IV.

Clasificación DSM-IV con códigos CIE-10

Cuando aparece una x en un código diagnóstico significa que se requiere un número específico de código.

En los nombres de algunos trastornos se añaden paréntesis (...) para indicar que hay que incluir el nombre del trastorno mental específico o de la enfermedad médica (p. ej., F05.0 Delirium debido a hipotiroidismo).

Los números entre paréntesis indican el número de página.

Si se cumplen todos los criterios, se puede anotar uno de los siguientes especificadores de gravedad a continuación del diagnóstico:

Leve
Moderado
Grave

Si no se cumplen todos los criterios, se puede anotar uno de los siguientes especificadores:

En remisión parcial
En remisión total
Historia anterior

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (39)

RETRASO MENTAL (41)

Nota: Se codifican en el Eje II.

F70.9 Retraso mental leve (42)

F71.9 Retraso mental moderado (43)

F72.9 Retraso mental grave (43)

F73.9 Retraso mental profundo (43)

F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada (44)

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE (48)

F81.0 Trastorno de la lectura (50)

F81.2 Trastorno del cálculo (52)

F81.8 Trastorno de la expresión escrita (54)

F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado (56)

TRASTORNO DE LAS HABILIDADES MOTORAS (56)

F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación (56)

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN (58)

F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo (58)

F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (61)

F80.0 Trastorno fonológico (64)

F98.5 Tartamudeo (66)

F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado (69)

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (69)

F84.0 Trastorno autista (69)

F84.2 Trastorno de Rett (75)

F84.3 Trastorno desintegrativo infantil (77)

F84.5 Trastorno de Asperger (79)

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (82)

TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR (82)

- .- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (82)
- F90.0 Tipo combinado
- F98.8 Tipo con predominio del déficit de atención
- F90.0 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
- F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (89)
- F91.8 Trastorno disocial (90)
Especificar tipo: De inicio infantil/de inicio adolescente
- F91.3 Trastorno negativista desafiante (96)
- F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado (99)

TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ (99)

- F98.3 Pica (99)
- F98.2 Trastorno de rumiación (101)
- F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (103)

TRASTORNOS DE TICS (105)

- F95.2 Trastorno de la Tourette (107)
- F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos (109)
- F95.0 Trastorno de tics transitorios (110)
Especificar si: Episodio único/recidivante
- F95.9 Trastorno de tics no especificado (111)

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN (111)

- .- Encopresis (111)
- R15 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento (*codificar también K59.0 Estreñimiento en el Eje III*)
- F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
- F98.0 Enuresis (no debida a una enfermedad médica) (114)
Especificar tipo: Sólo nocturna/sólo diurna/nocturna y diurna

OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA (116)

- F93.0 Trastorno de ansiedad por separación (116)
Especificar si: De inicio temprano
- F94.0 Mutismo selectivo (120)
- F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (122)
 - .1 Tipo inhibido
 - .2 Tipo desinhibido
- F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados (125)
Especificar si: Con comportamientos autolesivos
- F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado (128)

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos (129)**DELIRIUM (130)**

- F05.0 Delirium debido a... (*Indicar enfermedad médica (en vez de código F05.1 si hay demencia superpuesta)*) (133)
- .- Delirium inducido por sustancias (*consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas*) (135)
- .- Delirium por abstinencia de sustancias (*consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas*) (135)
- .- Delirium debido a múltiples etiologías (*codificar cada etiología específica*) (138)
- F05.9 Delirium no especificado (139)

DEMENCIA (139)

- F00.xx Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano (*codificar también G30.0 Enfermedad de Alzheimer, de inicio temprano, en el Eje III*) (145)
- .00 No complicada

| | | |
|--------|---|---|
| .01 | Con ideas delirantes | <i>con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas</i> (159) |
| .03 | Con estado de ánimo depresivo | |
| F00.xx | Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío <i>(codificar también G30.1 Enfermedad de Alzheimer, de inicio tardío en el Eje III)</i> (145) | F02.8 Demencia debida a múltiples etiologías <i>(en lugar de código F00.2 Demencia mixta tipo Alzheimer y vascular)</i> (161) |
| .10 | No complicada | F03 Demencia no especificada (162) |
| .11 | Con ideas delirantes | TRASTORNOS AMNÉSICOS (162) |
| .13 | Con estado de ánimo depresivo | F04 Trastorno amnésico debido a... <i>(indicar enfermedad médica)</i> (165) |
| F01.xx | Demencia vascular (150) | <i>Especificar si:</i> Transitorio/crónico |
| .80 | No complicada | —.- Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias <i>(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas)</i> (167) |
| .81 | Con ideas delirantes | R41.3 Trastorno amnésico no especificado (169) |
| .83 | Con estado de ánimo depresivo | |
| F02.4 | Demencia debida a enfermedad por VIH <i>(codificar también B22.0 Encefalopatía por VIH en el Eje III)</i> (154) | OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS (169) |
| F02.8 | Demencia debida a traumatismo craneal <i>(codificar también S06.9 Lesión cerebral en el Eje III)</i> (155) | F06.9 Trastorno cognoscitivo no especificado (169) |
| F02.3 | Demencia debida a enfermedad de Parkinson <i>(codificar también G20 Enfermedad de Parkinson en el Eje III)</i> (155) | |
| F02.2 | Demencia debida a enfermedad de Huntington <i>(codificar también G10 Enfermedad de Huntington en el Eje III)</i> (155) | |
| F02.0 | Demencia debida a enfermedad de Pick <i>(codificar también G31.0 Enfermedad de Pick en el eje III)</i> (156) | |
| F02.1 | Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob <i>(codificar también A81.0 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en el Eje III)</i> (156) | |
| F02.8 | Demencia debida a... <i>(indicar enfermedad médica no enumerada antes) (codificar también la enfermedad médica en el Eje III)</i> (157) | |
| —.- | Demencia persistente inducida por sustancias <i>(consultar los trastornos relacionados</i> | |
| | | Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados (171) |
| | | F06.1 Trastorno catatónico debido a... <i>(indicar enfermedad médica)</i> (175) |
| | | F07.0 Cambio de personalidad debido a... <i>(indicar enfermedad médica)</i> (176) |
| | | <i>Especificar tipo:</i> Lábil/desinhibido/agresivo/apático/paranoide/otros tipos/combinado/inespecífico |
| | | F09 Trastorno mental no especificado debido a... <i>(indicar enfermedad médica)</i> (179) |
| | | Trastornos relacionados con sustancias (181) |
| | | ^a <i>Se pueden aplicar las siguientes especificaciones a la dependencia de sustancias:</i> |
| | | <i>Especificar si:</i> Con dependencia fisiológica/sin dependencia fisiológica |

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

- 0 = Remisión total temprana/remisión parcial temprana
- 0 = Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- 1 = En entorno controlado
- 2 = En terapéutica con agonistas
- 4 = Leve/moderado/grave

Se aplican las siguientes especificaciones a los trastornos inducidos por sustancias

¹De inicio durante la intoxicación/²de inicio durante la abstinencia

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL (200)**Trastornos por consumo de alcohol**

- F10.2x Dependencia del alcohol¹ (201)
- F10.1 Abuso de alcohol (202)

Trastornos inducidos por alcohol

- F10.00 Intoxicación por alcohol (202)
- F10.3 Abstinencia de alcohol (203)
Especificar si: Con alteraciones perceptivas
- F10.03 Delirium por intoxicación por alcohol (135)
- F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol (135)
- F10.73 Demencia persistente inducida por alcohol (159)
- F10.6 Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol (167)
- F10.xx Trastorno psicótico inducido por alcohol (317)
 - .51 Con ideas delirantes^{1A}
 - .52 Con alucinaciones^{1A}
- F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol^{1A} (379)
- F10.8 Trastorno de ansiedad inducido por alcohol^{1A} (451)
- F10.8 Trastorno sexual inducido por alcohol¹ (532)
- F10.8 Trastorno del sueño inducido por alcohol^{1A} (617)
- F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (210)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALUCINÓGENOS (210)**Trastornos por consumo de alucinógenos**

- F16.2x Dependencia de alucinógenos¹ (211)
- F16.1 Abuso de alucinógenos (212)

Trastornos inducidos por alucinógenos

- F16.00 Intoxicación por alucinógenos (212)
- F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*) (213)
- F16.03 Delirium por intoxicación por alucinógenos (135)
- F16.xx Trastorno psicótico inducido por alucinógenos (317)
 - .51 Con ideas delirantes¹
 - .52 Con alucinaciones¹
- F16.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos¹ (379)
- F16.8 Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos¹ (451)
- F16.9 Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado (216)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANFETAMINAS (O SUSTANCIAS DE ACCIÓN SIMILAR) (216)**Trastornos por consumo de amfetamina**

- F15.2x Dependencia de amfetamina¹ (218)
- F15.1 Abuso de amfetamina (218)

Trastornos inducidos por amfetamina

- F15.00 Intoxicación por amfetamina (219)
- F15.04 Intoxicación por amfetamina, con alteraciones perceptivas (219)
- F15.3 Abstinencia de amfetamina (220)
- F15.03 Delirium por intoxicación por amfetamina (135)
- F15.xx Trastorno psicótico inducido por amfetamina (317)
 - .51 Con ideas delirantes¹
 - .52 Con alucinaciones¹
- F15.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por amfetamina^{1A} (379)
- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por amfetamina¹ (451)
- F15.8 Trastorno sexual inducido por amfetamina¹ (532)
- F15.8 Trastorno del sueño inducido por amfetamina^{1A} (617)
- F15.9 Trastorno relacionado con amfetamina no especificado (224)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON CAFEÍNA (224)**Trastornos inducidos por cafeína**

- F15.00 Intoxicación por cafeína (224)

- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína¹ (451)
 F15.8 Trastorno del sueño inducido por cafeína¹ (617)
 F15.9 Trastorno relacionado con cafeína no especificado (227)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON CANNABIS (227)

- Trastornos por consumo de Cannabis**
 F12.2x Dependencia de Cannabis^a (228)
 F12.1 Abuso de Cannabis (229)

Trastornos inducidos por Cannabis

- F12.00 Intoxicación por Cannabis (229)
 F12.04 Intoxicación por Cannabis, con alteraciones perceptivas (230)
 F12.03 Delirium por intoxicación por Cannabis (135)
 F12.xx Trastorno psicótico inducido por Cannabis (317)
 .51 Con ideas delirantes¹
 .52 Con alucinaciones¹
 F12.8 Trastorno de ansiedad inducido por Cannabis¹ (451)
 F12.9 Trastorno relacionado con Cannabis no especificado (233)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON COCAÍNA (233)

- Trastornos por consumo de cocaína**
 F14.2x Dependencia de cocaína^a (235)
 F14.1 Abuso de cocaína (235)

Trastornos inducidos por cocaína

- F14.00 Intoxicación por cocaína (236)
 F14.04 Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas (236)
 F14.3 Abstinencia de cocaína (237)
 F14.03 Delirium por intoxicación por cocaína (135)
 F14.xx Trastorno psicótico inducido por cocaína (317)
 .51 Con ideas delirantes¹
 .52 Con alucinaciones¹
 F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína^{1A} (379)
 F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína^{1A} (451)

- F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína¹ (532)
 F14.8 Trastorno del sueño inducido por cocaína^{1A} (617)
 F14.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado (241)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON FENCICLIDINA (O SUSTANCIAS DE ACCIÓN SIMILAR) (242)

- Trastornos por consumo de fenciclidina**
 F19.2x Dependencia de fenciclidina^a (243)
 F19.1 Abuso de fenciclidina (243)

Trastornos inducidos por fenciclidina

- F19.00 Intoxicación por fenciclidina (244)
 F19.04 Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas (244)
 F19.03 Delirium por intoxicación por fenciclidina (135)
 F19.xx Trastorno psicótico inducido por fenciclidina (317)
 .51 Con ideas delirantes¹
 .52 Con alucinaciones¹
 F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina¹ (379)
 F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina¹ (451)
 F19.9 Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado (247)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON INHALANTES (247)

- Trastornos por consumo de inhalantes**
 F18.2x Dependencia de inhalantes^a (249)
 F18.1 Abuso de inhalantes (249)

Trastornos inducidos por inhalantes

- F18.00 Intoxicación por inhalantes (250)
 F18.03 Delirium por intoxicación por inhalantes (135)
 F18.73 Demencia persistente inducida por inhalantes (159)
 F18.xx Trastorno psicótico inducido por inhalantes (317)
 .51 Con ideas delirantes¹
 .52 Con alucinaciones¹
 F18.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes¹ (379)

F18.8 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes¹ (451)

F18.9 Trastorno relacionado con inhalantes no especificado (254)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON NICOTINA (254)

Trastorno por consumo de nicotina

F17.2x Dependencia de nicotina^a (254)

Trastornos inducidos por nicotina

F17.3 Abstinencia de nicotina (255)

F17.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado (258)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON OPIÁCEOS (259)

Trastornos por consumo de opiáceos

F11.2x Dependencia de opiáceos^a (260)

F11.1 Abuso de opiáceos (260)

Trastornos inducidos por opiáceos

F11.00 Intoxicación por opiáceos (260)

F11.04 Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas (261)

F11.3 Abstinencia de opiáceos (262)

F11.03 Delirium por intoxicación por opiáceos (135)

F11.xx Trastorno psicótico inducido por opiáceos (317)

.51 Con ideas delirantes¹

.52 Con alucinaciones¹

F11.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos¹ (379)

F11.8 Trastorno sexual inducido por opiáceos¹ (532)

F11.8 Trastorno del sueño inducido por opiáceos^{1,A} (617)

F11.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado (267)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS (267)

Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.2x Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos^a (268)

F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (269)

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (269)

F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (270)

Especificar si: Con alteraciones perceptivas

F13.03 Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (135)

F13.4 Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (135)

F13.73 Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (159)

F13.6 Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (167)

F13.xx Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (317)

.51 Con ideas delirantes^{1,A}

.52 Con alucinaciones^{1,A}

F13.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos^{1,A} (379)

F13.8 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos^A (451)

F13.8 Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos¹ (532)

F13.8 Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos^{1,A} (617)

F13.9 Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado (275)

TRASTORNO RELACIONADO CON VARIAS SUSTANCIAS

F19.2x Dependencia de varias sustancias^a (276)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON OTRAS SUSTANCIAS (O DESCONOCIDAS) (276)

Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas)

F19.2x Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)^a (182)

| | | | |
|-------|--|-----|---------------------------|
| F19.1 | Abuso de otras sustancias (o desconocidas) (188) | .1x | Tipo desorganizado (293) |
| | | .2x | Tipo catatónico (294) |
| | | .3x | Tipo indiferenciado (295) |
| | | .5x | Tipo residual (296) |

Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas)

| | |
|--------|---|
| F19.00 | Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas) (189) |
| F19.04 | Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con alteraciones perceptivas (189) |
| F19.3 | Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) (190) <i>Especificar si:</i> Con alteraciones perceptivas |
| F19.03 | Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas) (<i>codificar F19.4 si comienza durante la abstinencia</i>) (135) |
| F19.73 | Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas) (159) |
| F19.6 | Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas) (167) |
| F19.xx | Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas) (317) |
| .51 | Con ideas delirantes ^{LA} |
| .52 | Con alucinaciones ^{LA} |
| F19.8 | Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas) ^{LA} (379) |
| F19.8 | Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas) ^{LA} (451) |
| F19.8 | Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas) ^I (532) |
| F19.8 | Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas) ^{LA} (617) |
| F19.9 | Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado (278) |

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- 2 = Episódico con síntomas residuales interepisódicos (*especificar si:* Con síntomas negativos acusados)
- 3 = Episódico sin síntomas residuales interepisódicos
- 0 = Continuo (*especificar si:* Con síntomas negativos acusados)
- 4 = Episodio único en remisión parcial (*especificar si:* Con síntomas negativos acusados)
- 5 = Episodio único en remisión total
- 8 = Otro patrón o no especificado
- 9 = Menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de la fase activa inicial

| | |
|--------|--|
| F20.8 | Trastorno esquizofreniforme (296) <i>Especificar si:</i> Sin síntomas de buen pronóstico/con síntomas de buen pronóstico |
| F25.x | Trastorno esquizoafectivo (298) |
| .0 | Tipo bipolar |
| .1 | Tipo depresivo |
| F22.00 | Trastorno delirante (303) <i>Especificar tipo:</i> Erotomaníaco/de grandiosidad/celotípico/persecutorio/somático/mixto/no especificado |
| F23.xx | Trastorno psicótico breve (308) |
| .81 | Con desencadenante(s) grave(s) |
| .80 | Sin desencadenante(s) grave(s) <i>Especificar si:</i> De inicio en el posparto |
| F24 | Trastorno psicótico compartido (<i>folie à deux</i>) (312) |
| F06.x | Trastorno psicótico debido a... (<i>indicar enfermedad médica</i>) (314) |
| .2 | Con ideas delirantes |
| .0 | Con alucinaciones |
| —.- | Trastorno psicótico inducido por sustancias (<i>consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas</i>) (317) <i>Especificar si:</i> De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia |
| F29 | Trastorno psicótico no especificado (322) |

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (279)

| | |
|--------|----------------------|
| F20.xx | Esquizofrenia (280) |
| .0x | Tipo paranoide (292) |

Trastornos del estado de ánimo (323)

Se aplicarán (para los episodios actuales o más recientes) a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones:

- ^a Gravedad/psicótico/especificadores en remisión/ crónico/^c con síntomas catatónicos/^d con síntomas melancólicos/^e con síntomas atípicos/^f de inicio en el posparto

Se aplicarán a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones:

- ^g Con o sin recuperación interepisódica total/^h con patrón estacional/ⁱ con ciclos rápidos

TRASTORNOS DEPRESIVOS (345)

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único^{a,b,c,d,e,f} (345)

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante^{a,b,c,d,e,f,g,h} (345)

Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:

- 0 = Leve
- 1 = Moderado
- 2 = Grave sin síntomas psicóticos
- 3 = Grave con síntomas psicóticos
Especificar: Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo/síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
- 4 = En remisión parcial
- 4 = En remisión total
- 9 = No especificado

F34.1 Trastorno distímico (352)
Especificar si: De inicio temprano/de inicio tardío
Especificar: Con síntomas atípicos

F32.9 Trastorno depresivo no especificado (357)

TRASTORNOS BIPOLARES (358)

F30.x Trastorno bipolar I, episodio maníaco único^{a,c,i} (358)
Especificar si: Mixto

Codificar el estado actual del episodio maníaco en el cuarto dígito:

- 1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos
- 2 = Grave con síntomas psicóticos
- 8 = En remisión parcial o total

F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco^{b,hi} (358)

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco^{a,c,f,g,hi} (358)

Codificar el estado actual del episodio maníaco en el cuarto dígito:

- 1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos
- 2 = Grave con síntomas psicóticos
- 7 = En remisión parcial o total

F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto^{a,c,f,g,hi} (358)

F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo^{a,b,c,d,e,f,g,hi} (358)

Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:

- 3 = Leve o moderado
- 4 = Grave sin síntomas psicóticos
- 5 = Grave con síntomas psicóticos
- 7 = En remisión parcial o total

F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado^{b,hi} (358)

F31.8 Trastorno bipolar II^{a,b,c,d,e,f,g,hi} (367)
Especificar (episodio actual o más reciente): Hipomaníaco/depresivo

F34.0 Trastorno ciclotímico (371)

F31.9 Trastorno bipolar no especificado (374)

F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a...
(indicar enfermedad médica) (375)

- .32 Con síntomas depresivos
- .32 Con síntomas de depresión mayor
- .30 Con síntomas maníacos
- .33 Con síntomas mixtos

—, — Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (379)

Especificar tipo: Con síntomas depresivos/con síntomas maníacos/con síntomas mixtos
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado (384)

Trastornos de ansiedad (401)

- F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (405)
- F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (405)
- F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (412)
- F40.2 Fobia específica (414)
Especificar tipo: Animal/ambiental/sangre-inyecciones-daño/situacional/otro tipo
- F40.1 Fobia social (421)
Especificar si: Generalizada
- F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (428)
Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad
- F43.1 Trastorno por estrés postraumático (434)
Especificar si: Agudo/crónico
Especificar si: De inicio demorado
- F43.0 Trastorno por estrés agudo (440)
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (444)
- F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (*indicar enfermedad médica*) (448)
Especificar si: Con ansiedad generalizada/con crisis de angustia/con síntomas obsesivo-compulsivos
- .— Trastorno de ansiedad inducido por sustancias (*consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas*) (451)
Especificar si: Con ansiedad generalizada/con crisis de angustia/con síntomas obsesivo-compulsivos/con síntomas fóbicos
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia
- F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado (456)

Trastornos somatomorfos (457)

- F45.0 Trastorno de somatización (457)
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado (462)
- F44.x Trastorno de conversión (464)

- .4 Con síntomas o déficit motores
- .5 Con crisis o convulsiones
- .6 Con síntomas o déficit sensoriales
- .7 Con presentación mixta
- F45.4 Trastorno por dolor (470)
Especificar tipo: Asociado a factores psicológicos/asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica
Especificar si: Agudo/crónico
- F45.2 Hipocondría (475)
Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad
- F45.2 Trastorno dismórfico corporal (478)
- F45.9 Trastorno somatomorfo no especificado (481)

Trastornos facticios (483)

- F68.1 Trastorno facticio (483)
Especificar tipo: Con predominio de signos y síntomas psicológicos/con predominio de signos y síntomas somáticos/con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos
- F68.1 Trastorno facticio no especificado (487)

Trastornos disociativos (489)

- F44.0 Amnesia disociativa (490)
- F44.1 Fuga disociativa (493)
- F44.81 Trastorno de identidad disociativo (496)
- F48.1 Trastorno de despersonalización (500)
- F44.9 Trastorno disociativo no especificado (502)

Trastornos sexuales y de la identidad sexual (505)

TRASTORNOS SEXUALES (505)
Se aplicarán los siguientes especificadores a todos los trastornos sexuales primarios:
Especificar tipo: De toda la vida/adquirido/general/situacional/debido a factores psicológicos/debido a factores combinados

Trastornos del deseo sexual

- F52.0 Deseo sexual hipoactivo (508)
 F52.10 Trastorno por aversión al sexo (511)

Trastornos de la excitación sexual

- F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer (512)
 F52.2 Trastorno de la erección en el varón (514)

Trastornos orgásmicos

- F52.3 Trastorno orgásmico femenino (517)
 F52.3 Trastorno orgásmico masculino (520)
 F52.4 Eyaculación precoz (522)

Trastornos sexuales por dolor

- F52.6 Dispareunia (no debida a una enfermedad médica) (524)
 F52.5 Vaginismo (no debido a una enfermedad médica) (526)

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica (528)

- N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a...
(indicar enfermedad médica) (528)
 N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a...
(indicar enfermedad médica) (528)
 N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a...
(indicar enfermedad médica) (528)
 N94.1 Dispareunia femenina debida a...
(indicar enfermedad médica) (528)
 N50.8 Dispareunia masculina debida a...
(indicar enfermedad médica) (528)
 N94.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a...
(indicar enfermedad médica) (528)
 N50.8 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a...
(indicar enfermedad médica) (528)
 —,— Trastorno sexual inducido por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (532)
Especificar si: Con alteración del deseo/con alteración de la excitación/con alteración del orgasmo/con dolor sexual

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

- F52.9 Trastorno sexual no especificado (535)

PARAFILIAS (535)

- F65.2 Exhibicionismo (538)
 F65.0 Fetichismo (539)
 F65.8 Frotteurismo (539)
 F65.4 Pedofilia (540)
Especificar si: Con atracción sexual por los varones/con atracción sexual por las mujeres/con atracción sexual por ambos sexos
Especificar si: Limitada al incesto
Especificar tipo: Exclusiva/no exclusiva
 F65.5 Masoquismo sexual (541)
 F65.5 Sadismo sexual (542)
 F65.1 Fetichismo transvestista (543)
Especificar si: Con disforia sexual
 F65.3 Voyeurismo (544)
 F65.9 Parafilia no especificada (545)

TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL (545)

- F64.x Trastorno de la identidad sexual (545)
 .2 En la niñez
 .0 En la adolescencia o en la vida adulta
Especificar si: Con atracción sexual por los varones/con atracción sexual por las mujeres/con atracción sexual por ambos/sin atracción sexual por ninguno
 F64.9 Trastorno de la identidad sexual no especificado (551)
 F52.9 Trastorno sexual no especificado (551)

Trastornos de la conducta alimentaria (553)

- F50.0 Anorexia nerviosa (553)
Especificar tipo: Restritivo/compulsivo/purgativo
 F50.2 Bulimia nerviosa (559)
Especificar tipo: Purgativo/no purgativo
 F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (564)

Trastornos del sueño (565)**TRASTORNOS PRIMARIOS DEL SUEÑO**

(566)

Disomnias (566)

- F51.0 Insomnio primario (567)
 F51.1 Hipersomnias primarias (571)
Especificar si: Recidivante
 G47.4 Narcolepsia (576)
 G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración (581)
 F51.2 Trastorno del ritmo circadiano (588)
Especificar tipo: Sueño retrasado/jet lag/cambios de turno de trabajo/no especificado
 F51.9 Disomnias no especificadas (594)

Parasomnias (594)

- F51.9 Pesadillas (595)
 F51.4 Terrores nocturnos (598)
 F51.3 Sonambulismo (603)
 F51.8 Parasomnia no especificada (607)

TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON OTRO TRASTORNO MENTAL

- F51.0 Insomnio relacionado con...
(indicar trastorno del Eje I o del Eje II) (608)
 F51.1 Hipersomnias relacionadas con...
(indicar trastorno del Eje I o del Eje II) (608)

OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO

- G47.x Trastorno del sueño debido a...
(indicar enfermedad médica) (613)
 .0 Tipo insomnio
 .1 Tipo hipersomnias
 .8 Tipo parasomnia
 .8 Tipo mixto
 —.— Trastorno del sueño inducido por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (617)
Especificar tipo: Insomnio/hipersomnias/parasomnia/mixto
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados (625)

- F63.8 Trastorno explosivo intermitente (625)
 F63.2 Cleptomanía (628)
 F63.1 Piromanía (630)
 F63.0 Juego patológico (632)
 F63.3 Tricotilomanía (634)
 F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado (637)

Trastornos adaptativos (639)

- F43.xx Trastorno adaptativo (639)
 .20 Con estado de ánimo depresivo
 .28 Con ansiedad
 .22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
 .24 Con trastorno de comportamiento
 .25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
 .9 No especificado

*Especificar si: Agudo/crónico***Trastornos de la personalidad (645)***Nota: Se codifican en el Eje II.*

- F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad (650)
 F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (654)
 F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad (657)
 F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (662)
 F60.31 Trastorno límite de la personalidad (666)
 F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad (671)
 F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad (674)

- F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (678)
 F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia (682)
 F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (685)
 F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado (689)

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (691)

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN AL ESTADO FÍSICO (691)

- F54 ...*(Especificar el factor psicológico que afecta a... (indicar enfermedad médica) (691) Elegir según la naturaleza de los factores:*
 Trastorno mental que afecta a una enfermedad médica
 Síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica
 Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica
 Comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica
 Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica
 Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica

TRASTORNOS MOTORES INDUCIDOS POR MEDICAMENTOS (694)

- G21.1 Parkinsonismo inducido por neurolépticos (694)
 G21.0 Síndrome neuroléptico maligno (695)
 G24.0 Distonía aguda inducida por neurolépticos (695)
 G21.1 Acatisia aguda inducida por neurolépticos (695)
 G24.0 Discinesia tardía inducida por neurolépticos (695)
 G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos (695)

- G25.9 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado (695)

TRASTORNOS INDUCIDOS POR OTROS MEDICAMENTOS

- T88.7 Efectos adversos de los medicamentos no especificados (696)

PROBLEMAS DE RELACIÓN (696)

- Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica (696)
 Z63.8 Problemas paterno-filiales (*código Z63.1 si el objeto de atención es el niño*) (696)
 Z63.0 Problemas conyugales (697)
 F93.3 Problema de relación entre hermanos (697)
 Z63.9 Problema de relación no especificado (697)

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO O LA NEGLIGENCIA (697)

- T74.1 Abuso físico del niño (697)
 T74.2 Abuso sexual del niño (697)
 T74.0 Negligencia de la infancia (698)
 T74.1 Abuso físico del adulto (698)
 T74.2 Abuso sexual del adulto (698)

PROBLEMAS ADICIONALES QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA (698)

- Z91.1 Incumplimiento terapéutico (698)
 Z76.5 Simulación (698)
 Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto (699)
 Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (699)
 R41.8 Capacidad intelectual límite (699)
 R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad (699)
 Z63.4 Duelo (700)
 Z55.8 Problema académico (700)
 Z56.7 Problema laboral (700)
 F93.8 Problema de identidad (700)
 Z71.8 Problema religioso o espiritual (700)
 Z60.3 Problema de aculturación (701)
 Z60.0 Problema biográfico (701)

| Códigos adicionales | | | |
|----------------------------|---|-------|---|
| | | Z03.2 | Sin diagnóstico o estado en el Eje I (703) |
| | | R69 | Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I (703) |
| F99 | Trastorno mental no especificado (no psicótico) (703) | Z03.2 | Sin diagnóstico en el Eje II (703) |
| | | R46.8 | Diagnóstico aplazado en el Eje II (703) |

Evaluación multiaxial

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

- Eje I Trastornos clínicos
 Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- Eje II Trastornos de la personalidad
 Retraso mental
- Eje III Enfermedades médicas
- Eje IV Problemas psicosociales y ambientales
- Eje V Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Además, el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación.

El resto de este apartado describe cada uno de los ejes DSM-IV. En algunos centros o situaciones los clínicos pueden preferir no utilizar el sistema multiaxial. Por esta razón, al final del apartado se dan ciertas directrices para informar sobre los resultados de una evaluación DSM-IV sin aplicar el sistema multiaxial formal.

Eje I: Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

El Eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental (que se han incluido en el Eje II).

Los principales grupos de trastornos incluidos en el Eje I constan en el cuadro que aparece más adelante. También se anotan en el Eje I otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica.

Cuando un individuo sufre más de un trastorno del Eje I, deben registrarse todos ellos (para ejemplos, v. pág. 35). Cuando se presenta más de un trastorno del Eje I, debe indicarse en primer

lugar el diagnóstico principal o el motivo de consulta (v. pág. 3). Cuando una persona presente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de consulta corresponde al Eje I, a menos que el diagnóstico del Eje II vaya seguido de la frase «(diagnóstico principal)» o «(motivo de consulta)». En el caso de no presentarse ningún trastorno del Eje I, este hecho debe codificarse como Z03.2 [V71.09]. Si hay que aplazar un diagnóstico del Eje I hasta recoger alguna información adicional, este hecho se codificará como R69 [799.9].

■ Eje I ■

Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (*se excluye el retraso mental, que se diagnostica en el Eje II*)

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica

Trastornos relacionados con sustancias

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Trastornos del estado de ánimo

Trastornos de ansiedad

Trastornos somatomorfos

Trastornos facticios

Trastornos disociativos

Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Trastornos de la conducta alimentaria

Trastornos del sueño

Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

Trastornos adaptativos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II: Trastornos de la personalidad ***Retraso mental***

El Eje II incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental. También puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. Enumerar los trastornos de la personalidad y el retraso mental en un eje separado asegura que se tomará en consideración la posible presencia de trastornos de la personalidad y retraso mental, anomalías éstas que pudieran pasar desapercibidas cuando se presta atención directa a trastornos del Eje I, habitualmente más floridos. La codificación de los trastornos de la personalidad en el Eje II no implica que su patogenia o la índole de la terapéutica apropiada sean fundamentalmente diferentes de las implicadas en los trastornos codificados en el Eje I. Los trastornos incluidos en el Eje II están enumerados en el cuadro que aparece más adelante.

Cuando una persona tiene más de un trastorno del Eje II, situación relativamente frecuente, deben hacerse constar todos los diagnósticos (para ejemplos, v. pág. 35). Cuando un individuo presenta simultáneamente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, y el diagnóstico del Eje II es el principal o el motivo de consulta, este hecho debe indicarse añadiendo la frase «(diagnóstico principal)» o «(motivo de consulta)» tras el diagnóstico del Eje II. Cuando no se presenta ningún

trastorno del Eje II, este hecho debe codificarse como Z03.2 [V71.09]. Si hay que aplazar un diagnóstico del Eje II, pendientes de recoger alguna información adicional, debe codificarse como R46.8 [799.9].

El Eje II también puede utilizarse para indicar ciertas características desadaptativas de personalidad que no cumplen los mínimos necesarios para constituir un trastorno de la personalidad (en estos casos no debe utilizarse ningún número de código; v. el Ejemplo 3 de la pág. 35). También puede indicarse en el Eje II el uso habitual de mecanismos de defensa desadaptativos (para definiciones v. apéndice B, pág. 767, y el Ejemplo 1 en la pág. 35).

■ Eje II ■
Trastornos de la personalidad
Retraso mental

| | |
|--|--|
| Trastorno paranoide de la personalidad | Trastorno de la personalidad por dependencia |
| Trastorno esquizoide de la personalidad | Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad |
| Trastorno esquizotípico de la personalidad | Trastorno de la personalidad no especificado |
| Trastorno antisocial de la personalidad | |
| Trastorno límite de la personalidad | |
| Trastorno histriónico de la personalidad | |
| Trastorno narcicista de la personalidad | Retraso mental |
| Trastorno de la personalidad por evitación | |

Eje III: Enfermedades médicas

El Eje III incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. Estos estados están clasificados fuera del capítulo «Trastornos mentales» de la CIE-10 (y fuera del cap. V de la CIE-9-MC). En el cuadro que aparece después se proporciona una lista de las principales categorías de enfermedades médicas.

Tal como se indicó en la «Introducción», la distinción multiaxial entre trastornos de los Ejes I, II y III no implica que existan diferencias fundamentales en su conceptualización, ni que los trastornos mentales dejen de tener relación con factores o procesos físicos o biológicos, ni que las enfermedades médicas no estén relacionadas con factores o procesos comportamentales o psicológicos. La razón para distinguir enfermedades médicas es la de alentar la minuciosidad de la evaluación y mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud mental.

Las enfermedades médicas pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos es evidente que la enfermedad médica constituye un factor causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, y que los mecanismos implicados en este efecto son fisiológicos. Cuando se supone que un trastorno mental es consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, en el Eje I debe diagnosticarse un trastorno mental debido a enfermedad médica, y esa enfermedad debe registrarse tanto en el Eje I como en el Eje III. Por ejemplo, cuando un hipotiroidismo es causa directa de síntomas depresivos, su designación en el Eje I es F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83], y se hace constar de nuevo el hipotiroidismo en el Eje III como E03.9 [244.9] (v. Ejemplo 3, pág. 35). Para un análisis más extenso, véase la página 171.

Cuando la relación etiológica entre la enfermedad médica y los síntomas mentales esté insuficientemente probada para garantizar un diagnóstico en el Eje I de trastorno mental debido a enfermedad médica, debe codificarse en el Eje I el trastorno mental apropiado (p. ej., trastorno depresivo mayor), y la enfermedad médica sólo se codificará en el Eje III.

Hay otros casos en los que deben registrarse las enfermedades médicas en el Eje III a causa de su importancia para la comprensión general o el tratamiento del sujeto afecto del trastorno mental. Un trastorno del Eje I puede ser una reacción psicológica a una enfermedad médica del Eje III (p. ej., la presencia de un F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo [309.0] como reacción al diagnóstico de carcinoma de mama). Algunas enfermedades médicas pueden no estar relacionadas directamente con el trastorno mental, pero pueden tener implicaciones importantes para su pronóstico o tratamiento (p. ej., cuando el diagnóstico en el Eje I es F32.9 Trastorno depresivo mayor [296.2] y en el Eje III es I49.9 Arritmia [427.9], la elección de farmacoterapia está influida por la enfermedad médica; o cuando una persona con diabetes mellitus ingresa en un hospital por una exacerbación de una esquizofrenia y debe ser controlada la administración de insulina).

Cuando una persona tiene más de un diagnóstico clínicamente relevante en el Eje III, deben hacerse constar todos ellos. Para ejemplo, véase la página 35. Si no hay ningún trastorno del Eje III, este hecho debe indicarse anotando «Eje III: ninguno». Si hay que aplazar un diagnóstico del Eje III, a la espera de recoger alguna información adicional, este hecho se indicará anotando «Eje III: aplazado».

■ Eje III ■ Enfermedades médicas (con códigos CIE-10)

Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)
 Neoplasias (C00-D48)
 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y algunas enfermedades inmunitarias (D50-D89)
 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)
 Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)
 Enfermedades del ojo y sus anejos (H00-H59)
 Enfermedades del oído y de las apófisis mastoides (H60-H95)
 Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)
 Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)
 Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93)
 Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (L00-99)
 Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)
 Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)
 Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)
 Patología perinatal (P00-P96)
 Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas (Q00-Q99)
 Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otros apartados
 Heridas, envenenamientos y otros procesos de causa externa (S00-T98)
 Morbilidad y mortalidad de causa externa (V01-Y98)
 Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los centros sanitarios (Z00-Z99)

■ Eje III ■
Enfermedades médicas (con códigos CIE-9-MC)

Enfermedades infecciosas y parasitarias [001-139]
 Neoplasias [140-239]
 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y trastornos de la inmunidad [240-279]
 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos [280-289]
 Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales [320-389]
 Enfermedades del sistema circulatorio [390-459]
 Enfermedades del sistema respiratorio [460-519]
 Enfermedades del sistema digestivo [520-579]
 Enfermedades del sistema genitourinario [580-629]
 Complicaciones de embarazo, parto y puerperio [630-676]
 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo [680-709]
 Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conjuntivo [710-739]
 Anomalías congénitas [740-759]
 Algunos trastornos originados en el período perinatal [760-779]
 Síntomas, signos y trastornos definidos como enfermedad [780-799]
 Traumatismos y envenenamientos [800-999]

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Ejes I y II). Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Los denominados estresantes positivos, como una promoción laboral, sólo deben hacerse constar si constituyen un problema o conducen a él, como cuando una persona tiene dificultades para adaptarse a una situación nueva. Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planeamiento de la intervención terapéutica general.

Cuando una persona tiene problemas psicosociales o ambientales múltiples, el clínico debe tomar nota de todos aquellos que juzgue relevantes. En general, el clínico sólo debe hacer constar aquellos problemas psicosociales y ambientales que hayan estado presentes durante el año anterior a la evaluación actual. Sin embargo, el clínico puede decidir el registro de problemas psicosociales y ambientales acaecidos antes del año anterior si han contribuido claramente al trastorno mental o se han constituido en un objetivo terapéutico (p. ej., experiencias previas de combate conducentes a un trastorno por estrés postraumático).

En la práctica, la mayor parte de los problemas psicosociales y ambientales se indicarán en el Eje IV. No obstante, cuando un problema psicosocial o ambiental constituya el centro de la atención clínica, se hará constar también en el Eje I, con un código derivado del apartado «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica» (v. pág. 691).

Por razones de conveniencia los problemas se han agrupado en las siguientes categorías:

- **Problemas relativos al grupo primario de apoyo:** por ejemplo, fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos; nacimiento de un hermano.
- **Problemas relativos al ambiente social:** por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación).
- **Problemas relativos a la enseñanza:** por ejemplo, analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado.
- **Problemas laborales:** por ejemplo, desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo.
- **Problemas de vivienda:** por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindad insaludable, conflictos con vecinos o propietarios.
- **Problemas económicos:** por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.
- **Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria:** por ejemplo, servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.
- **Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen:** por ejemplo, arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.
- **Otros problemas psicosociales y ambientales:** por ejemplo, exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

Al utilizar el registro de evaluación multiaxial (v. pág. 36), el clínico debe identificar las categorías relevantes de problemas psicosociales y ambientales e indicar los factores específicos implicados en ellos. Si no se utiliza un formulario de registro con un listado de categorías de problemas, el clínico simplemente puede enumerar los problemas específicos del Eje IV (v. ejemplos en pág. 35).

■ Eje IV ■ Problemas psicosociales y ambientales

Problemas relativos al grupo primario de apoyo
 Problemas relativos al ambiente social
 Problemas relativos a la enseñanza
 Problemas laborales
 Problemas de vivienda
 Problemas económicos
 Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
 Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen
 Otros problemas psicosociales y ambientales

Eje V: Evaluación de la actividad global

El Eje V incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución.

El registro de la actividad general en el Eje V puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG). La EEAG puede ser particularmente útil al seguir la evolución del progreso clínico de los sujetos en términos globales, utilizando una medida simple. La EEAG sólo debe ser cumplimentada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. Las instrucciones especifican: «no incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales)». En la mayoría de los casos las evaluaciones de la EEAG deben referirse al período actual (es decir, el nivel de actividad en el momento de la evaluación) puesto que las evaluaciones de la actividad actual reflejarán generalmente la necesidad de tratamiento o intervención. En algunos centros clínicos puede ser útil cumplimentar la EEAG tanto en el momento de la admisión como en el del alta. La EEAG también puede cumplimentarse en otros períodos de tiempo (p. ej., mejor nivel de actividad alcanzado por lo menos en algunos meses durante el último año). La EEAG se hace constar en el Eje V del modo siguiente: «EEAG =», seguido por la puntuación de la EEAG de 1 a 100, anotando a continuación entre paréntesis el período de tiempo reflejado en la evaluación, por ejemplo, «(actual)», «(mayor nivel en el último año)», «(en el alta)». Véanse ejemplos en la página 35.

En algunos centros clínicos puede ser útil evaluar la incapacidad social y laboral y verificar los progresos en la rehabilitación, independientemente de la gravedad de los síntomas psicosociales. Con esta intención, en el apéndice B se ha incluido una escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL) (v. pág. 776). Se han propuesto dos escalas adicionales que también pueden ser útiles en algunos centros: la escala de evaluación global de la actividad relacional (EEGAR) (v. pág. 774) y la escala de mecanismos de defensa (v. pág. 767). Ambas se han incluido en el apéndice B.

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.)

- 100 **Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.**
91
- 90 **Síntomas ausentes o mínimos** (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), **buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos** (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
81
- 80 **Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales** (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); **sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
71
- 70 **Algunos síntomas leves** (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) **o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), **pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.**
61
- 60 **Síntomas moderados** (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) **o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
51
- 50 **Síntomas graves** (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) **o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
41
- 40 **Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación** (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) **o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo** (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
31
- 30 **La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio** (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) **o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas** (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
21
- 20 **Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo** (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) **u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima** (p. ej., con manchas de excrementos) **o alteración importante de la comunicación** (p. ej., muy incoherente o mudo).
11
- 10 **Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo** (p. ej., violencia recurrente) **o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.**
1
- 0 Información inadecuada.

La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala de 0-100 fue operativizada por Luborsky en la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L.: «Clinicians' Judgments of Mental Health». Archives of General Psychiatry 7:407-417, 1962). Spitzer y cols. desarrollaron una revisión de la Health-Sickness Rating Scale denominada Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: «The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance». Archives of General Psychiatry 33:766-771, 1976). Una versión modificada del GAS fue incluida en el DSM-III-R con el nombre de Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.

Ejemplos de cómo registrar los resultados de una evaluación multiaxial según el DSM-IV

Ejemplo 1:

| | | |
|---------|-----------|--|
| Eje I | F32.2 | Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, sin síntomas psicóticos [296.23] |
| | F10.1 | Abuso de alcohol [305.00] |
| Eje II | F60.7 | Trastorno de la personalidad por dependencia [301.6] Frecuente uso de la negación |
| Eje III | | Ninguno |
| Eje IV | | Amenaza de pérdida de empleo |
| Eje V | EEAG = 35 | (actual) |

Ejemplo 2:

| | | |
|---------|-----------|----------------------------------|
| Eje I | F34.1 | Trastorno distímico [300.4] |
| | F81.0 | Trastorno de la lectura [315.00] |
| Eje II | Z03.2 | Ningún diagnóstico [V71.09] |
| Eje III | H66.9 | Otitis media, recurrente [382.9] |
| Eje IV | | Víctima de abandono infantil |
| Eje V | EEAG = 53 | (actual) |

Ejemplo 3:

| | | |
|---------|-----------|---|
| Eje I | F06.32 | Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83] |
| Eje II | Z03.2 | No hay diagnóstico, características de personalidad histriónica [V71.09] |
| Eje III | E03.9 | Hipotiroidismo [244.9] |
| | H40.2 | Glaucoma crónico [365.23] |
| Eje IV | | Ninguno |
| Eje V | EEAG = 45 | (en el ingreso) |
| | EEAG = 65 | (en el alta) |

Ejemplo 4:

| | | |
|---------|-----------|--|
| Eje I | Z63.0 | Problema de relación con la pareja [V61.1] |
| Eje II | Z03.2 | No hay diagnóstico [V7109] |
| Eje III | | Ninguno |
| Eje IV | | Desempleado |
| Eje V | EEAG = 83 | (mayor nivel durante el año anterior) |

Registro de evaluación multiaxial

El siguiente formulario se presenta como un posible procesamiento para informar acerca de evaluaciones multiaxiales. En algunos centros este formulario puede utilizarse exactamente tal como aquí se presenta; en otros el formulario puede adaptarse para satisfacer sus necesidades especiales.

Eje I: Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención

| Código diagnóstico | Nombre DSM-IV |
|--------------------|---------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Eje II: Trastornos de la personalidad

Retraso mental

| Código diagnóstico | Nombre DSM-IV |
|--------------------|---------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Eje III: Enfermedades médicas

| Código o CIE-9-MC | Nombre CIE-10 o CIE-9-MC |
|-------------------|--------------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Verificar:

- Problemas relativos al grupo primario** *Especificar:* _____
- Problemas relativos al ambiente social** *Especificar:* _____
- Problemas relacionados con la enseñanza** *Especificar:* _____
- Problemas laborales** *Especificar:* _____
- Problemas de vivienda** *Especificar:* _____
- Problemas económicos** *Especificar:* _____
- Problemas relativos al acceso a los servicios médicos** *Especificar:* _____
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen** *Especificar:* _____
- Otros problemas psicosociales y ambientales** *Especificar:* _____

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global **Puntuación:** _____

Período de tiempo: _____

Formato no axial

Los clínicos que no deseen utilizar el formato multiaxial pueden simplemente enumerar los diagnósticos apropiados. Quienes elijan esta opción deben seguir la norma general de registrar todos los trastornos mentales coexistentes, las enfermedades médicas y otros factores en la medida en que sean relevantes para la asistencia y el tratamiento del sujeto. El diagnóstico principal o el motivo de consulta deben citarse en primer lugar.

Los ejemplos que aparecen a continuación ilustran la manera de informar o registrar diagnósticos según un formato que no utiliza el sistema multiaxial.

Ejemplo 1:

- F32.2 Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, sin síntomas psicóticos [296.23]
- F10.1 Abuso de alcohol [305.00]
- F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia [301.6]
Uso frecuente de la negación

Ejemplo 2:

- F34.1 Trastorno distímico [300.4]
- F81.0 Trastorno de la lectura [315.00]
- H66.9 Otitis media, recurrente [382.9]

Ejemplo 3:

- F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido o hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83]
- E03.9 Hipotiroidismo [244.9]
- H40.2 Glaucoma crónico [365.23]
Características de personalidad histriónica

Ejemplo 4:

- Z63.0 Problema de relación con la pareja [V61.1]

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

El hecho de presentar una sección específica destinada a trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez o la adolescencia es sólo una cuestión de conveniencia, y no se pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastornos «infantiles» y «adultos». Aunque la mayor parte de los sujetos con estos trastornos se presentan en la asistencia clínica durante la infancia o la adolescencia, a veces los trastornos en cuestión no se diagnostican hasta la etapa adulta. Además, varios trastornos incluidos en otros apartados de este manual suelen tener su inicio durante la infancia o la adolescencia. Al evaluar a un niño o a un adolescente, el clínico debe tener en cuenta los diagnósticos incluidos en este apartado, pero también los que se describen en otras secciones de este manual. Los adultos pueden ser diagnosticados asimismo de trastornos incluidos en este apartado si su presentación clínica satisface criterios diagnósticos relevantes (p. ej., tartamudeo, pica). Por otro lado, si un adulto tuvo en su niñez síntomas que cumplieran todos los criterios diagnósticos de un trastorno, pero ahora presenta éste de forma atenuada o residual, puede indicarse con la especificación «en remisión parcial» (p. ej., trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado, en remisión parcial). En la mayor parte de los trastornos DSM-IV (pero no en todos) se presenta una tabla de criterios que se aplica tanto a niños como a adolescentes y a adultos (p. ej., si un niño o un adolescente tienen síntomas que cumplen los criterios de trastorno depresivo mayor, se les asignará este diagnóstico prescindiendo de su edad). Las variaciones en la presentación de un trastorno atribuibles a etapas del desarrollo se describen bajo el epígrafe «Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo». En la página 640 se exponen algunas cuestiones relacionadas con el diagnóstico de los trastornos de la personalidad en niños o adolescentes.

En esta sección se incluyen los siguientes trastornos:

Retraso mental. Este trastorno se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa. Se presentan códigos separados para **retraso mental leve, moderado, grave y profundo**, así como para **retraso mental de gravedad no especificada**.

Trastornos del aprendizaje. Estos trastornos se caracterizan por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada a su edad. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son: **trastorno de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado**.

Trastorno de las habilidades motoras. Incluye el **trastorno del desarrollo de la coordinación**, caracterizado por una coordinación motora que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.

Trastornos de la comunicación. Estos trastornos se caracterizan por deficiencias del habla o el lenguaje, e incluyen **trastorno del lenguaje expresivo**, **trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo**, **trastorno fonológico**, **tartamudeo** y **trastorno de la comunicación no especificado**.

Trastornos generalizados del desarrollo. Estos trastornos se caracterizan por déficit graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son **trastorno autista**, **trastorno de Rett**, **trastorno desintegrativo infantil**, **trastorno de Asperger** y **trastorno generalizado del desarrollo no especificado**.

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. Este apartado incluye el **trastorno por déficit de atención con hiperactividad**, que se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad. Se presentan subtipos para especificar la presentación del síntoma predominante: **tipo con predominio del déficit de atención**, **tipo con predominio hiperactivo-impulsivo** y **tipo combinado**. También se incluyen en este apartado los trastornos de comportamientos perturbadores: el **trastorno disocial** se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto; el **trastorno negativista desafiante** se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante. Este apartado incluye asimismo dos categorías no especificadas: **trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado** y **trastorno de comportamiento perturbador no especificado**.

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentarias de la infancia o la niñez. Estos trastornos se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. Los trastornos específicos incluidos aquí son: **pica**, **trastorno de rumiación** y **trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez**. Obsérvese que anorexia nerviosa y bulimia nerviosa han sido incluidas en «Trastornos de la conducta alimentaria», sección que aparece después en el manual (v. pág. 553).

Trastornos de tics. Estos trastornos se caracterizan por tics vocales y/o motores. Se han incluido los siguientes trastornos específicos: **trastorno de la Tourette**, **trastorno de tics motores o vocales crónicos**, **trastorno de tics transitorios** y **trastorno de tics no especificado**.

Trastornos de la eliminación. Se incluye la **encopresis**, la deposición repetida de heces en lugares inadecuados, y la **enuresis**, la emisión repetida de orina en lugares inadecuados.

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia. Este grupo se dedica a trastornos no incluidos en los anteriormente citados. El **trastorno de ansiedad por separación** se caracteriza por una ansiedad excesiva e inadecuada desde el punto de vista evolutivo concerniente a la separación respecto del hogar o de las personas con quienes el niño está vinculado. El **mutismo selectivo** se caracteriza por una persistente incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de que el niño hable en otras situaciones. El **trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez** se caracteriza por una relación social manifiestamente alterada e inadecuada evolutivamente, que se produce en la mayor parte de los contextos y se asocia a una crianza claramente patógena. El **trastorno de movimientos estereotipados** se caracteriza por un comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo, y no funcional, que interfiere marca-

damente las actividades normales y, a veces, puede dar lugar a lesiones corporales. El **trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado** es una categoría residual para codificar trastornos que tienen su inicio durante la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ningún o trastorno específico de esta clasificación.

Los niños o adolescentes pueden presentar problemas que requieran atención clínica y que no se definan como trastornos mentales (p. ej., problemas de relación, problemas relativos a abuso o abandono, duelo, capacidad intelectual límite, problema académico, comportamiento antisocial de un niño o adolescente, problema de identidad). Todos ellos se numeran al final de este manual en el apartado «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica» (v. pág. 691).

El DSM-III-R incluye dos trastornos de ansiedad específicos de niños y adolescentes, el trastorno por ansiedad excesiva y el trastorno por evitación, que han sido subsumidos bajo las denominaciones de trastorno de ansiedad generalizada y fobia social, respectivamente, dadas sus similitudes en ciertas características esenciales.

Retraso mental

Características diagnósticas

La característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio (Criterio A) que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad (Criterio B). Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad (Criterio C). El retraso mental tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como la vía final común de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central.

La *capacidad intelectual general* se define por el coeficiente de inteligencia (CI o equivalente de CI) obtenido por evaluación mediante uno o más tests de inteligencia normalizados, administrados individualmente (p. ej., Wechsler Intelligence Scales for Children-Revised, Stanford-Binet, Kaufman Assessment Battery for Children). Una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define como un CI situado alrededor de 70 o por debajo de 70 (aproximadamente 2 desviaciones típicas por debajo de la media). Al evaluar un CI, hay que tener en cuenta que se produce un error de medida de aproximadamente 5 puntos, aunque este error puede variar de un instrumento a otro (p. ej., un CI de 70 en la escala de Weschler se considera que representa un intervalo de 65-75). De este modo es posible diagnosticar retraso mental en sujetos con cocientes intelectuales situados entre 70 y 75, pero que manifiestan déficit significativos de su comportamiento adaptativo. Por el contrario, no se diagnosticaría retraso mental en un individuo con un CI inferior a 70 que careciera de déficit o insuficiencias significativas en su capacidad adaptativa. La elección de instrumentos de evaluación y la interpretación de los resultados deben tener en cuenta factores que pueden limitar el rendimiento en los tests (p. ej., el origen sociocultural del sujeto, su lengua materna y sus discapacidades sensoriales, motoras y comunicativas asociadas). Cuando en las puntuaciones de los subtests se produce una dispersión significativa, las aptitudes de aprendizaje del sujeto quedarán mejor reflejadas por el perfil de aciertos y fracasos que por el CI de la escala total derivado matemáticamente. Cuando aparece una discrepancia notable entre las puntuaciones verbal y manipulativa, puede llevar a confusiones el promediarlas a fin de obtener una puntuación CI total.

Las personas con retraso mental suelen presentar incapacidades adaptativas más que un CI bajo. La *capacidad adaptativa* se refiere a cómo afrontan los sujetos efectivamente las exigencias de la vida cotidiana y cómo cumplen las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en su grupo de edad, origen sociocultural, y ubicación comunitaria particulares. La capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen características escolares, motivacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales, así como los trastornos mentales y las enfermedades médicas que pueden coexistir con el retraso mental. Probablemente las ayudas terapéuticas pueden mejorar más los problemas de adaptación que el CI cognoscitivo, el cual suele ser un atributo mucho más estable a lo largo del tiempo.

Es útil recoger pruebas de los déficit de la capacidad adaptativa a partir de una o más fuentes fiables independientes (p. ej., evaluación del maestro e historia médica, evolutiva y académica). También se han elaborado varias escalas para medir capacidad o comportamiento adaptativos (p. ej., las Vineland Adaptive Behavior Scales y las American Association on Mental Retardation Adaptive Behavior Scales). Estas escalas suelen suministrar un punto de corte clínico basado en el rendimiento demostrado en distintas áreas de la capacidad adaptativa. Debe considerarse que las puntuaciones obtenidas en ciertas áreas particulares no se incluyen en algunos de estos instrumentos y que las puntuaciones concretas pueden variar considerablemente en cuanto a su fiabilidad. Al igual que en la evaluación de la capacidad intelectual, debe tenerse en cuenta la idoneidad del instrumento de acuerdo con el nivel sociocultural del sujeto, su educación, posibles discapacidades asociadas, su motivación y su cooperación. Por ejemplo, la presencia de discapacidades significativas invalidan muchas normas de una escala adaptativa. Además, comportamientos que normalmente se considerarían desadaptativos (p. ej., dependencia, pasividad) pudieran evidenciar una adaptación satisfactoria en el contexto de la vida de una persona concreta (p. ej., en ciertos establecimientos institucionales).

Gravedad del retraso mental

Pueden especificarse cuatro grados de intensidad, de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual: leve (o ligero), moderado, grave (o severo), y profundo.

| | |
|---|--------------------------------------|
| F70.9 Retraso mental leve [317]: | CI entre 50-55 y aproximadamente 70. |
| F71.9 Retraso mental moderado [310.0]: | CI entre 35-40 y 50-55. |
| F72.9 Retraso mental grave [318.1]: | CI entre 20-25 y 35-40. |
| F73.9 Retraso mental profundo [318.2]: | CI inferior a 20 o 25. |

F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada [319], es una categoría que puede utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero no sea posible verificar la inteligencia del sujeto mediante los tests usuales (p. ej., en individuos excesivamente deficitarios o no cooperadores, o en el caso de los niños pequeños).

F70.9 Retraso mental leve [317]

El retraso mental leve es equivalente en líneas generales a lo que se considera en la categoría pedagógica como «educable». Este grupo incluye a la mayoría (alrededor del 85 %) de las personas afectadas por el trastorno. Consideradas en su conjunto, tales personas suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores. Durante los últimos años de su adolescencia,

pueden adquirir conocimientos académicos que les sitúan aproximadamente en un sexto curso de enseñanza básica. Durante su vida adulta, acostumbran adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente, sea en establecimientos supervisados.

F71.9 Retraso mental moderado [318.0]

El retraso mental moderado equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de «adiestrable». No debería utilizarse este término anticuado, porque implica erróneamente que las personas con retraso mental moderado no pueden beneficiarse de programas pedagógicos. Este grupo constituye alrededor del 10 % de toda la población con retraso mental. La mayoría de los individuos con este nivel de retraso mental adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Pueden aprovecharse de una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal. También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares. Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. Durante la adolescencia, sus dificultades para reconocer las convenciones sociales pueden interferir las relaciones con otros muchachos o muchachas. Alcanzada la etapa adulta, en su mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión.

F72.9 Retraso mental grave [318.1]

El grupo de personas con retraso mental grave incluye el 3-4 % de los individuos con retraso mental. Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias preacadémicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la «supervivencia». En los años adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisados en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad, sea en hogares colectivos o con sus familias, a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados o cualquier otro tipo de asistencia.

F73.9 Retraso mental profundo [318.2]

El grupo afecto de retraso mental profundo incluye aproximadamente el 1-2 % de las personas con retraso mental. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental. Durante los primeros años de la niñez desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensoriomotor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como con una relación individualizada con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento ade-

cuado. Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisados.

F79.9 Retraso mental, de gravedad no especificada [319]

El diagnóstico de retraso mental, de gravedad no especificada, debe utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero la persona en cuestión no puede ser evaluada satisfactoriamente mediante los tests de inteligencia usuales. Éste puede ser el caso de ciertos niños, adolescentes o adultos con excesivas insuficiencias o falta de cooperación, lo que impide que sean evaluados. También puede ocurrir en el caso de niños que clínicamente son considerados intelectualmente por debajo del promedio, pero en quienes los tests disponibles (p. ej., las Bayley Scales of Infant Development, Cattell Infant Intelligence Scales y otras) no proporcionan valores de CI. En general, cuanto menor es la edad, tanto más difícil es evaluar la presencia de retraso mental excepto en los sujetos con afectación profunda.

Procedimiento de tipificación

El código diagnóstico específico para retraso mental se selecciona a partir del nivel de gravedad, tal como se indicaba anteriormente, y se codifica en el Eje 2. Si el retraso mental está asociado a otro trastorno mental (p. ej., trastorno autista), el trastorno mental adicional se codifica en el Eje 1. Si el retraso mental se asocia a una enfermedad médica (p. ej., síndrome de Down), la enfermedad se codifica en el Eje 3.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. No existen características comportamentales o de personalidad específicas que estén asociadas unívocamente al retraso mental. Algunos individuos con retraso mental son pasivos, plácidos y dependientes, mientras que otros son impulsivos y agresivos. La ausencia de habilidades para la comunicación puede predisponer a comportamientos perturbadores y agresivos que sustituyan al lenguaje comunicativo. Algunas enfermedades médicas asociadas a retraso mental se caracterizan por ciertos síntomas comportamentales (p. ej., el intratable comportamiento autolesivo asociado al síndrome de Lesch-Nyhan). Las personas con retraso mental pueden ser vulnerables a la explotación ejercida por otros (p. ej., sufrir abusos físicos y sexuales) o ver negados sus derechos y oportunidades.

Las personas con retraso mental presentan una prevalencia de trastornos mentales comórbidos que se estima tres a cuatro veces mayor que la observada en la población general. En algunos casos, éste puede ser el resultado de una etiología compartida, es decir, común al retraso mental y al trastorno mental asociado (p. ej., un traumatismo craneal puede dar lugar a retraso mental y a cambio de la personalidad por traumatismo craneal). Puede observarse cualquier tipo de trastorno mental, no existiendo prueba alguna de que la naturaleza de un trastorno mental concreto sea diferente en los individuos con retraso mental. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno mental comórbido suele complicarse por el hecho de que su presentación clínica puede estar modificada por la gravedad del retraso mental y las discapacidades o insuficiencias asociadas. Los déficit en las habilidades para la comunicación pueden provocar una incapacidad para suministrar una historia adecuada (p. ej., el diagnóstico de trastorno depresivo mayor en un adulto no verbal con retraso mental suele basarse principalmente en manifestaciones como humor depresivo, irritabilidad, anorexia o insomnio, observados por otras personas). Con mayor frecuencia de la habitual en los

individuos sin retraso mental puede ser difícil seleccionar un diagnóstico específico. En estos casos cabe utilizar la categoría de no especificado (p. ej., trastorno depresivo no especificado). Los trastornos mentales más frecuentemente asociados son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos generalizados del desarrollo, el trastorno de movimientos estereotipados y los trastornos mentales debidos a una enfermedad médica (p. ej., demencia por traumatismo craneal). Los individuos con retraso mental debido a un síndrome de Down pueden tener mayor riesgo para desarrollar una demencia tipo Alzheimer. Las alteraciones cerebrales patológicas asociadas a este trastorno suelen aparecer cuando estas personas inician la década de los 40, aunque los síntomas clínicos de demencia no son evidentes hasta más tarde.

Factores predisponentes. Los factores etiológicos pueden ser primariamente biológicos o psicosociales, o alguna combinación de ambos. En aproximadamente un 30-40 % de los individuos asistidos en centros clínicos no puede determinarse una etiología clara del retraso mental a pesar de las múltiples exploraciones. Los principales factores predisponentes son los siguientes:

Herencia (aproximadamente un 5 %). Estos factores incluyen errores innatos del metabolismo heredados principalmente mediante mecanismos recesivos autosómicos (p. ej., enfermedad de Tay-Sachs), otras anomalías de un único gen con herencia mendeliana y expresión variable (p. ej., esclerosis tuberosa) y aberraciones cromosómicas (p. ej., síndrome de Down por translocación, síndrome de X frágil).

Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario (aproximadamente un 30 %). Estos factores incluyen alteraciones cromosómicas (p. ej., síndrome de Down debido a trisomía 21) o afectación prenatal por toxinas (p. ej., consumo materno de alcohol, infecciones).

Problemas del embarazo y perinatales (aproximadamente un 10 %). Estos factores incluyen malnutrición fetal, prematuridad, hipoxia, infecciones víricas y otras, y traumatismos.

Enfermedades médicas adquiridas durante la infancia y la niñez (aproximadamente un 5 %): Estos factores incluyen infecciones, traumatismos y envenenamiento (p. ej., por plomo).

Influencias ambientales y otros trastornos mentales (aproximadamente un 15-20 %). Estos factores incluyen privación de crianza y de estimulación social, lingüística y de cualquier otro orden, así como trastornos mentales graves (p. ej., trastorno autista).

Hallazgos de laboratorio. Además de los resultados de los tests psicológicos y de comportamiento adaptativo, necesarios para el diagnóstico de retraso mental, no hay datos de laboratorio que estén asociados únicamente a retraso mental. Los hallazgos diagnósticos de laboratorio pueden asociarse a una enfermedad médica específica acompañante (p. ej., hallazgos cromosómicos en varias anomalías genéticas, una fenilalanina sanguínea elevada en la fenilcetonuria o anomalías del sistema nervioso central detectadas mediante técnicas por la imagen).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. No existen características físicas específicas asociadas al retraso mental. Cuando el retraso mental forma parte de un síndrome específico, estarán presentes las características clínicas de dicho síndrome (p. ej., las características físicas del síndrome de Down). Cuanto más grave es el retraso mental (especialmente si es grave o profundo), tanto mayor es la probabilidad de enfermedades neurológicas (p. ej., convulsiones), neuromusculares, visuales, auditivas, cardiovasculares o de otro tipo.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Deben tomarse medidas para asegurar que los procedimientos de evaluación intelectual reflejen una consideración adecuada al origen étnico o cultural del sujeto. Este objetivo suele llevarse a cabo utilizando tests en que las características relevantes del sujeto estén representadas en la

muestra de normalización de la prueba, o empleando a un examinador que esté familiarizado con las características étnicas o culturales de la persona en cuestión. La exploración individualizada es un requisito sistemático en el diagnóstico de retraso mental. La prevalencia de retraso mental debido a factores biológicos conocidos es similar en los niños de niveles socioeconómicos altos y bajos, aunque ciertos factores etiológicos están asociados a un *status* socioeconómico inferior (p. ej., envenenamiento por plomo y nacimientos prematuros). Cuando no puede identificarse una causalidad biológica específica, las clases sociales más bajas suelen estar excesivamente representadas y el retraso mental tiende a ser más leve, aunque se den todos los niveles de gravedad. Deben ser tenidas en cuenta las distintas etapas del desarrollo al evaluar las insuficiencias de las habilidades adaptativas, porque algunas de ellas son menos relevantes en edades distintas (p. ej., el uso de los recursos comunitarios o laborales en niños de edad escolar). El retraso mental es más frecuente en varones, con una proporción varón a mujer aproximadamente de 1,5:1.

Prevalencia

La tasa de prevalencia de retraso mental ha sido estimada aproximadamente en un 1 %. Sin embargo, diferentes estudios han hallado tasas distintas en función de las definiciones utilizadas, los métodos de evaluación y la población estudiada.

Curso

El diagnóstico de retraso mental requiere que el inicio del trastorno sea anterior a los 18 años de edad. La edad y el modo de inicio dependen de la etiología y la gravedad del retraso mental. Los retrasos más graves, especialmente cuando se asocian a un síndrome con fenotipo característico, tienden a reconocerse tempranamente (p. ej., el síndrome de Down habitualmente se diagnóstica en el nacimiento). Por el contrario, el retraso leve de origen desconocido acostumbra a observarse posteriormente. En muchos retrasos graves resultantes de una causa adquirida, la afectación intelectual se presentará más bruscamente (p. ej., retraso leve a consecuencia de una encefalitis). El curso del retraso mental está influido por la evolución de las enfermedades médicas subyacentes y por factores ambientales (p. ej., pedagógicos y afines, estimulación ambiental e idoneidad del trato general otorgado). Si la enfermedad médica subyacente es de carácter estático, muy probablemente el curso será variable, dependiendo de factores ambientales. El retraso mental no es necesariamente un trastorno que dure toda la vida. Los individuos que presentan un retraso mental leve precozmente, manifestado por el fracaso en tareas de aprendizaje académico, si gozan de oportunidades y adiestramiento adecuados, pueden desarrollar en otros terrenos buenas habilidades adaptativas y, a partir de un cierto momento, no presentar el grado de afectación requerido para un diagnóstico de retraso mental.

Patrón familiar

A causa de su etiología heterogénea, no hay un patrón familiar aplicable al retraso mental considerado como categoría general. La heredabilidad del retraso mental se expuso en el apartado «Factores predisponentes» (v. pág. 45).

Diagnóstico diferencial

Los criterios diagnósticos de retraso mental no incluyen ningún criterio de exclusión; por consiguiente, el diagnóstico debe establecerse siempre que se cumplan los criterios diagnósticos, pres-

ciendiendo de la posible presencia de otro trastorno. En los **trastornos del aprendizaje** o en los **trastornos de la comunicación** (no asociados a retraso mental) se observa la alteración del desarrollo en un área específica (p. ej., lectura, lenguaje expresivo), pero no hay una afectación generalizada del desarrollo intelectual y de la capacidad adaptativa. Puede diagnosticarse un trastorno del aprendizaje o un trastorno de la comunicación en una persona con retraso mental si el déficit específico es desproporcionado respecto del nivel de gravedad del retraso mental. En los **trastornos generalizados del desarrollo** existe una afectación cualitativa del desarrollo de la interacción social y de las habilidades verbales y no verbales de comunicación social. El retraso mental suele acompañar a los trastornos generalizados del desarrollo (75-80 % de los sujetos con un trastorno generalizado del desarrollo también presentan retraso mental).

Algunos casos de retraso mental tienen su inicio tras un período de funcionamiento normal, pudiendo recibir el diagnóstico adicional de **demencia**. Un diagnóstico de demencia requiere que la afectación de la memoria y otros déficit cognoscitivos representen una merma significativa del nivel previo de capacidades. Puesto que puede ser difícil determinar el nivel previo de capacidad en niños muy pequeños, el diagnóstico de demencia puede no ser apropiado hasta que el niño tenga entre 4 y 6 años de edad. En general, el diagnóstico de demencia en individuos menores de 18 años sólo se establece cuando la alteración no se tipifica de modo satisfactorio con el diagnóstico de retraso mental únicamente.

Capacidad intelectual límite (v. pág. 699). Este término describe un intervalo de CI superior al exigido en el retraso mental (generalmente 71-84). Como se dijo antes, una puntuación CI puede entrañar un error de medida aproximadamente de 5 puntos, dependiendo del instrumento de evaluación. De este modo, es posible diagnosticar retraso mental en individuos con puntuaciones CI situadas entre 71 y 75 si cuentan con déficit significativos de comportamiento adaptativo que cumplan los criterios de retraso mental. Para diferenciar el retraso mental leve de la capacidad intelectual límite se requiere una cuidadosa consideración de toda la información disponible.

Relaciones con otras clasificaciones de retraso mental

El sistema de clasificación de la American Association on Mental Retardation (AAMR) incluye los mismos tres criterios (esto es, capacidad intelectual significativamente inferior al promedio, limitaciones de las habilidades adaptativas e inicio anterior a los 18 años de edad). En la clasificación AAMR el criterio de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se refiere a una puntuación típica aproximada de 70-75 o inferior (que tiene en cuenta el error potencial de medida de más o menos 5 puntos en la evaluación del CI). Además, el DSM-IV especifica los niveles de gravedad, mientras que el sistema de clasificación AAMR 1992 especifica «Patrones y grado de la asistencia que requieren» (esto es, «intermitente, limitada, permanente y generalizada»), que no son directamente comparables con los grados de gravedad del DSM-IV. La definición de discapacidades evolutivas que aparece en la Public Law 95-602 (1978) no se limita al retraso mental y se basa en criterios funcionales. Esta ley define la *discapacidad evolutiva* como una discapacidad atribuible a una afectación mental o física, manifestada antes de los 22 años de edad, susceptible de prolongarse indefinidamente, resultante en una limitación sustancial en tres o más áreas específicas de actividad, que requiere cuidados específicos y permanentes.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los métodos utilizados para definir los niveles de gravedad del retraso mental difieren ligeramente entre uno y otro sistema. La CIE-10 define estos niveles con puntos de corte exactos: leve entre 50 y 69, moderado entre 35 y 49, grave entre 20 y 34, y profundo por debajo de 20. En cam-

bio, el DSM-IV se caracteriza por un mayor grado de flexibilidad al relacionar la gravedad del trastorno con la puntuación del CI, formando un espectro solapado y teniendo en cuenta a su vez el nivel de adaptación del individuo.

■ Criterios para el diagnóstico del retraso mental

- A. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).
- B. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
- C. El inicio es anterior a los 18 años.

Código basado en la gravedad correspondiente al nivel de afectación intelectual:

| | |
|--|---|
| F70.9 Retraso mental leve [317]: | CI entre 50-55 y aproximadamente 70 |
| F71.9 Retraso mental moderado [318.0]: | CI entre 35-40 y 50-55 |
| F72.9 Retraso mental grave [318.1]: | CI entre 20-25 y 35-40 |
| F73.9 Retraso mental profundo [318.2]: | CI inferior a 20 o 25 |
| F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada [319]: | cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales |

Trastornos del aprendizaje (antes trastornos de las habilidades académicas)

El apartado de trastornos del aprendizaje incluye trastorno de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado.

Características diagnósticas

Se diagnostican trastornos del aprendizaje cuando el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente. Los problemas de aprendizaje interfieren significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren lectura, cálculo o escritura. Para establecer que una discrepancia es significativa pueden utilizarse distintos recursos estadísticos. Suele definirse como *sustancialmente inferior* una discrepancia de más de 2 desviaciones típicas entre rendimiento y CI. A veces se acep-

ta una discrepancia menor entre rendimiento y CI (esto es, entre 1 y 2 desviaciones típicas), especialmente cuando el rendimiento de un individuo en un test de CI puede haber sido mediatizado por la asociación de un trastorno del procesamiento, un trastorno mental o una enfermedad médica, o por las características étnicas o culturales del sujeto. Si se presenta un déficit sensorial, las dificultades de aprendizaje deben exceder de las habitualmente asociadas al déficit en cuestión. Los trastornos del aprendizaje pueden persistir a lo largo de la vida adulta.

Síntomas y trastornos asociados

Los trastornos del aprendizaje pueden asociarse a desmoralización, baja autoestima y déficit en habilidades sociales. La tasa de abandonos escolares de niños o adolescentes con trastornos del aprendizaje se sitúa alrededor del 40 % (o aproximadamente, 1,5 veces el promedio). Los adultos con trastornos del aprendizaje pueden sufrir dificultades significativas sea en el empleo, sea en su adaptación social. Muchas personas (10-25 %) con trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno depresivo mayor o trastorno distímico también presentan trastornos del aprendizaje. Se sabe que algunos retrasos del desarrollo del lenguaje ocurren en asociación con trastornos del aprendizaje (particularmente trastorno de la lectura), aunque tales retrasos pueden no ser suficientemente graves para establecer un diagnóstico independiente de trastorno de la comunicación. Los trastornos del aprendizaje también pueden asociarse a una mayor tasa de trastorno del desarrollo de la coordinación.

Pueden existir anomalías subyacentes del procesamiento cognoscitivo (p. ej., déficit de percepción visual, procesos lingüísticos, atención o memoria, o una combinación de estos procesos) que suelen preceder o asociarse a trastornos del aprendizaje. Las pruebas normalizadas para evaluar estos procesos son en general menos fiables y válidas que otras pruebas psicopedagógicas. Aunque predisposiciones genéticas, lesiones perinatales y distintas enfermedades neurológicas y médicas pueden estar asociadas al desarrollo de trastornos del aprendizaje, la presencia de estos trastornos no predice invariablemente un posible trastorno del aprendizaje, existiendo muchas personas con trastornos del aprendizaje que no tienen historia semejante alguna. Sin embargo, los trastornos del aprendizaje se hallan asociados frecuentemente a distintas enfermedades médicas (p. ej., envenenamiento por plomo, síndrome alcohólico fetal o síndrome de X frágil).

Síntomas dependientes de la cultura

Es preciso tener certeza de que los procedimientos de evaluación de la inteligencia prestan una atención adecuada a las características étnicas o culturales del individuo. Habitualmente, esto se consigue utilizando tests en que las características relevantes del sujeto estén representadas en su muestra de normalización, o practicándolos un examinador familiarizado con las características culturales o étnicas del sujeto. Para formular el diagnóstico de un trastorno del aprendizaje se requiere siempre la administración de pruebas individualizadas.

Prevalencia

Las estimaciones de la prevalencia de los trastornos del aprendizaje se sitúan entre el 2 y el 10 % dependiendo de la naturaleza de la evaluación y de las definiciones aplicadas. En Estados Unidos se considera que aproximadamente un 5 % de los alumnos de las escuelas públicas presentan un trastorno del aprendizaje.

Diagnóstico diferencial

Los trastornos del aprendizaje deben diferenciarse de posibles **variaciones normales del rendimiento académico**, así como de dificultades escolares debidas a **falta de oportunidad, enseñanza deficiente o factores culturales**. Una escolarización adecuada puede dar lugar a resultados deficientes en las pruebas de rendimiento normalizadas. Los niños procedentes de etnias o culturas distintas de la cultura escolar predominante o cuya lengua materna no sea la utilizada en la exploración, junto con los niños que han asistido a escuelas pedagógicamente inadecuadas, pueden puntuar insuficientemente en las pruebas de rendimiento. Los niños de estos orígenes también corren más riesgo de absentismo debido a una mayor frecuencia de enfermedades o al hecho de vivir en ambientes pobres o caóticos.

Una **visión o audición alteradas** pueden afectar la capacidad de aprendizaje, debiendo ser investigadas mediante pruebas audiométricas o de agudeza visual. En presencia de estos déficit sensoriales, sólo puede diagnosticarse un trastorno del aprendizaje si las dificultades de aprendizaje exceden de las habitualmente asociadas a dichos déficit. Debe codificarse en el Eje III cualquier enfermedad neurológica o médica.

En el **retraso mental**, las dificultades de aprendizaje son proporcionales a la afectación general de la capacidad intelectual. Sin embargo, en algunos casos de retraso mental leve, el nivel de rendimiento en lectura, cálculo o expresión escrita se sitúa significativamente por debajo de los niveles esperados en función de la escolarización y la gravedad del retraso. En estos casos debe realizarse el diagnóstico adicional correspondiente al trastorno del aprendizaje adecuado.

En el contexto de un **trastorno generalizado del desarrollo** sólo debe establecerse el diagnóstico de trastorno del aprendizaje cuando la insuficiencia académica se sitúe significativamente por debajo de los niveles esperados dadas la capacidad intelectual y la escolaridad del sujeto. En los individuos con **trastornos de la comunicación**, la capacidad intelectual puede evaluarse utilizando tests normalizados de capacidad intelectual no verbal. Cuando el rendimiento académico se sitúa significativamente por debajo de la capacidad medida, debe diagnosticarse el trastorno del aprendizaje correspondiente.

El **trastorno del cálculo** y el **trastorno de la expresión escrita** con suma frecuencia se presentan en combinación con el **trastorno de la lectura**. Cuando se cumplen criterios para más de un trastorno del aprendizaje, deben diagnosticarse todos.

F81.0 Trastorno de la lectura [315.00]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la lectura es un rendimiento en lectura (esto es, precisión, velocidad o comprensión de la lectura evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente) que se sitúa sustancialmente por debajo del esperado en función de la edad cronológica del coeficiente de inteligencia y de la escolaridad propia de la edad del individuo (Criterio A). La alteración de la lectura interfiere significativamente el rendimiento académico o ciertas actividades de la vida cotidiana que requieren habilidades para la lectura (Criterio B). Si está presente un déficit sensorial, las dificultades en lectura exceden de las habitualmente asociadas a él (Criterio C). Si hay una enfermedad neurológica o médica o un déficit sensorial, deben codificarse en el Eje III. En los sujetos con trastorno de la lectura (también denominado «dislexia»), la lectura oral se caracteriza por distorsiones, sustituciones u omisiones; tanto la lectura oral como la silenciosa se caracterizan por lentitud y errores en la comprensión.

Síntomas y trastornos asociados

Véase el apartado «Síntomas y trastornos asociados» de trastornos del aprendizaje (pág. 49). El trastorno de la lectura se asocia frecuentemente al trastorno del cálculo y al trastorno de la expresión escrita, siendo relativamente raro hallar alguno de estos trastornos en ausencia de aquél.

Síntomas dependientes del sexo

Del 60 al 80 % de los individuos diagnosticados con trastorno de la lectura son varones. Los procedimientos de derivación clínica pueden estar sesgados hacia la identificación de varones, puesto que ellos, con mayor frecuencia que las niñas, presentan comportamientos perturbadores en asociación a los trastornos del aprendizaje. El trastorno aparece en ambos sexos según tasas semejantes cuando se lleva a cabo un diagnóstico cuidadoso y se utilizan criterios estrictos. No ocurre lo mismo cuando se utilizan procedimientos diagnósticos y derivaciones asistenciales basadas en los informes escolares tradicionales.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de la lectura es difícil de establecer porque muchos estudios sobre la prevalencia de los trastornos del aprendizaje se llevan a cabo sin la debida separación entre trastornos específicos de la lectura, el cálculo o la expresión escrita. El trastorno de la lectura, solo o en combinación con un trastorno del cálculo o un trastorno de la expresión escrita, se observa en aproximadamente 4 de cada 5 casos de trastorno del aprendizaje. En Estados Unidos la prevalencia de trastorno de la lectura se estima en un 4 % de los niños en edad escolar. En otros países donde se utilicen criterios más estrictos pueden hallarse unas cifras de incidencia y prevalencia más bajas.

Curso

Aunque los síntomas de la dificultad para leer (p. ej., incapacidad para distinguir las letras usuales o para asociar fonemas usuales con símbolos de letras) pueden aparecer ya en el parvulario, el trastorno de la lectura rara vez se diagnostica antes de finalizar esta etapa o de iniciarse el primer curso de enseñanza básica, puesto que la enseñanza de la lectura habitualmente no comienza en la mayor parte de las escuelas hasta ese momento. Cuando el trastorno de la lectura se asocia a un CI elevado, el niño puede rendir de acuerdo con sus compañeros durante los primeros cursos, y el trastorno de la lectura puede no ponerse de manifiesto por completo hasta el cuarto curso o incluso posteriormente. Si se procede a una identificación e intervención tempranas, el pronóstico es satisfactorio en un porcentaje significativo de casos. El trastorno de la lectura puede persistir durante la vida adulta.

Patrón familiar

El trastorno de la lectura es de tipo familiar y más prevalente entre los parientes biológicos en primer grado de los sujetos con trastornos del aprendizaje.

Diagnóstico diferencial

Véase el apartado «Diagnóstico diferencial» de los trastornos del aprendizaje (pág. 50).

Relación de los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen que el punto de corte para el diagnóstico de este trastorno se sitúe dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado de capacidad de lectura. Además, el trastorno de la lectura tiene prioridad sobre el trastorno del cálculo, por lo que, si se cumplen los criterios diagnósticos de ambas entidades, tan sólo debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de la lectura. Esto representa una diferencia con el DSM-IV, que permite diagnosticar ambos trastornos si se dan a la vez. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de trastorno específico de la lectura.

**■ Criterios para el diagnóstico
de F81.0 Trastorno de la lectura [315.00]**

- A. El rendimiento en lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- B. La alteración del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.
- C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden de las habitualmente asociadas a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje III.

F81.2 Trastorno del cálculo [315.1]**Características diagnósticas**

La característica esencial del trastorno del cálculo es una capacidad aritmética (medida mediante pruebas normalizadas de cálculo o razonamiento matemático administradas individualmente) que se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada en individuos de edad cronológica, coeficiente de inteligencia y escolaridad concordes con la edad (Criterio A). El trastorno del cálculo interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren habilidades para las matemáticas (Criterio B). Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la aptitud matemática deben exceder de las asociadas habitualmente a él (Criterio C). Si hay una enfermedad neurológica o médica o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje III. En el trastorno del cálculo pueden estar afectadas diferentes habilidades, incluyendo las «lingüísticas» (p. ej., comprensión o denominación de términos matemáticos, operaciones o conceptos y desco-

dificación de problemas escritos en símbolos matemáticos), habilidades «perceptivas» (p. ej., reconocimiento o lectura de símbolos numéricos o signos aritméticos y agrupamiento de objetos), habilidades de «atención» (p. ej., reproducir correctamente números o cifras, recordar el añadir números «llevando» y tener en cuenta los signos operativos) y habilidades «matemáticas» (p. ej., seguir secuencias de pasos matemáticos, contar objetos y aprender las tablas de multiplicar).

Síntomas y trastornos asociados

Véase el apartado «Síntomas y trastornos asociados» de los trastornos del aprendizaje (página 49). El trastorno del cálculo suele asociarse frecuentemente a un trastorno de la lectura o a un trastorno de la expresión escrita.

Prevalencia

Es difícil establecer la prevalencia del trastorno del cálculo, porque son muchos los estudios que analizan la prevalencia de los trastornos del aprendizaje sin distinguir específicamente trastornos de la lectura, del cálculo o de la expresión escrita. La prevalencia del trastorno del cálculo solo (esto es, cuando no está asociado a otros trastornos del aprendizaje) se ha estimado en aproximadamente uno de cada cinco casos de trastorno del aprendizaje. Se supone que alrededor del 1 % de los niños en edad escolar sufre un trastorno del cálculo.

Curso

Aunque ciertos síntomas de dificultad para las matemáticas (p. ej., confusión de los conceptos numéricos o incapacidad para contar con precisión) pueden aparecer en el parvulario o en el primer curso, el trastorno del cálculo rara vez se diagnostica antes de finalizar el primer curso de enseñanza básica, puesto que la instrucción formal en matemáticas usualmente no se lleva a cabo hasta ese momento en la mayoría de los centros escolares. Con frecuencia se pone de manifiesto durante el segundo o tercer cursos. Cuando el trastorno del cálculo está asociado a un CI elevado, el niño puede rendir de acuerdo con sus compañeros durante los primeros cursos, y el trastorno del cálculo puede no hacerse manifiesto hasta el quinto curso o incluso más tarde.

Diagnóstico diferencial

Véase el apartado «Diagnóstico diferencial» de los trastornos del aprendizaje (pág. 50).

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen que el punto de corte para el diagnóstico de este trastorno se sitúe dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado de capacidad de cálculo. Además, el trastorno de la lectura tiene prioridad sobre el trastorno del cálculo, por lo que, si se cumplen los criterios diagnósticos de ambos trastornos tan sólo debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de la lectura. Esto representa una diferencia con el DSM-IV, que permite diagnosticar ambos trastornos si se dan a la vez. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de trastorno específico de la capacidad para el cálculo.

■ Criterios para el diagnóstico de F81.2 Trastorno del cálculo [315.1]

- A. La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.
- C. Si hay un déficit sensorial las dificultades para el rendimiento en cálculo exceden de las habitualmente asociadas a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje III.

F81.8 Trastorno de la expresión escrita [315.2]***Características diagnósticas***

La característica esencial del trastorno de la expresión escrita es una habilidad para la escritura (evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente o por evaluación funcional de la habilidad para escribir) que se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada dados la edad cronológica del individuo, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad (Criterio A). El trastorno de la expresión escrita interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requiere habilidad para escribir (Criterio B). Si hay un déficit sensorial, las dificultades para escribir deben exceder de las asociadas habitualmente a él (Criterio C). Si hay una enfermedad neurológica o médica o un déficit sensorial, deben codificarse en el Eje III. Generalmente se observa una combinación de deficiencias en la capacidad del individuo para componer textos escritos, lo que se manifiesta por errores gramaticales o de puntuación en la elaboración de frases, una organización pobre de los párrafos, errores múltiples de ortografía y una grafía excesivamente deficitaria. En general este diagnóstico no se formula si sólo existen errores de ortografía o una mala caligrafía, en ausencia de otras anomalías de la expresión escrita. En comparación con otros trastornos del aprendizaje, se sabe relativamente poco acerca de los trastornos de la expresión escrita y de su tratamiento, particularmente cuando aparecen en ausencia de trastorno de la lectura. Con la excepción de la ortografía, en esta área las pruebas normalizadas están menos desarrolladas que las de lectura o de capacidad matemática, por lo que la evaluación de anomalías en las habilidades para la escritura puede requerir la comparación de distintas muestras de tareas escolares escritas del sujeto con el rendimiento esperado en función de su edad y CI. Éste es especialmente el caso de niños situados en los primeros cursos de enseñanza básica. Para establecer la presencia y amplitud de este trastorno, pueden precisarse tareas en las que el niño deba copiar, escribir al dictado y escribir espontáneamente.

Síntomas y trastornos asociados

Véase el apartado «Síntomas y trastornos asociados» de los trastornos del aprendizaje (página 49). El trastorno de la expresión escrita suele asociarse al trastorno de la lectura o al trastorno

del cálculo. Existen pruebas de que este trastorno puede acompañarse de déficit del lenguaje y de la perceptomotricidad.

Prevalencia

Es difícil establecer la prevalencia del trastorno de la expresión escrita porque muchos estudios sobre la prevalencia de los trastornos del aprendizaje no suelen distinguir entre los trastornos específicos de la lectura, el cálculo y la expresión escrita. El trastorno de la expresión escrita va prácticamente siempre asociado a otros trastornos del aprendizaje.

Curso

Aunque la dificultad para escribir (p. ej., caligrafía particularmente pobre o escasa aptitud para copiar o incapacidad para recordar secuencias de letras integradas en palabras usuales) puede aparecer en el primer curso de la enseñanza básica, el trastorno de la expresión escrita rara vez se diagnostica antes de finalizar el primer curso, puesto que la enseñanza formal de la escritura no suele llevarse a cabo hasta ese momento en la mayor parte de los centros escolares. Es habitual que el trastorno se ponga de manifiesto durante el segundo curso. Ocasionalmente se observa un trastorno de la expresión escrita en niños mayores o en adultos, sabiéndose muy poco acerca de su pronóstico a largo plazo.

Diagnóstico diferencial

Véase el apartado «Diagnóstico diferencial» de los trastornos del aprendizaje (pág. 50) El trastorno único de la ortografía o la caligrafía en ausencia de otras dificultades de la expresión escrita generalmente no justifica un diagnóstico de trastorno de la expresión escrita. Si una caligrafía deficitaria se debe a una afectación de la coordinación motora, debe considerarse un diagnóstico de **trastorno del desarrollo de la coordinación**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 no recoge el trastorno de la expresión escrita, si bien en su lugar incluye el trastorno específico del deletreo. El DSM-IV incluye los problemas de deletreo dentro de la definición del trastorno de la expresión escrita, aunque para realizar el diagnóstico resulta indispensable que existan dificultades para la escritura.

■ Criterios para el diagnóstico de F81.8 Trastorno de la expresión escrita [315.2]

- A. Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F81.8 Trastorno de la expresión escrita [315.2] (continuación)

- B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (p. ej., escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).
- C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir exceden de las asociadas habitualmente a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje III.

F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado [315.9]

Esta categoría incluye trastornos del aprendizaje que no cumplen los criterios de cualquier trastorno del aprendizaje específico. Esta categoría puede referirse a deficiencias observadas en las tres áreas (lectura, cálculo, expresión escrita) que interfieran significativamente el rendimiento académico aun cuando el rendimiento en las pruebas que evalúan cada una de estas habilidades individuales no se sitúe sustancialmente por debajo del esperado dado la edad cronológica de la persona, su coeficiente de inteligencia evaluada y la enseñanza propia de su edad.

Trastorno de las habilidades motoras

F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación [315.4]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno del desarrollo de la coordinación es una alteración significativa del desarrollo de la coordinación motora (Criterio A). El diagnóstico sólo se establece si tal afectación interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana (Criterio B). El diagnóstico se establece si las deficiencias de la coordinación no se deben a una enfermedad médica (p. ej., parálisis cerebral, hemiplejía, o distrofia muscular) y no se cumplen los criterios del trastorno generalizado del desarrollo (Criterio C). Si hay un retraso mental, las deficiencias motoras exceden de las habitualmente asociadas a él (Criterio D). Las manifestaciones de este trastorno varían en función de la edad y la etapa del desarrollo. Por ejemplo, los niños pequeños pueden manifestar torpeza y retrasos en la consecución de hitos del desarrollo motor (p. ej., caminar, gatear, sentarse, anudar los zapatos, abrocharse las camisas, subir y bajar una cremallera). Los niños mayores pueden manifestar dificultades en tareas motoras como hacer rompecabezas, construir modelos, jugar a la pelota y escribir.

Síntomas y trastornos asociados

Habitualmente, el trastorno del desarrollo de la coordinación se asocia a retrasos en otras áreas del desarrollo no motor. Los trastornos asociados pueden incluir trastorno fonológico, trastorno del lenguaje expresivo y trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo.

Prevalencia

Se ha estimado que la prevalencia del trastorno del desarrollo de la coordinación es de un 6 % en los niños de 5 a 11 años de edad.

Curso

Habitualmente, el reconocimiento de un trastorno del desarrollo de la coordinación suele ocurrir en los primeros intentos del niño por realizar tareas como correr, utilizar cuchillo y tenedor, abrocharse los vestidos o jugar a la pelota. El curso es variable. En algunos casos la falta de coordinación se prolonga durante la adolescencia y la vida adulta.

Diagnóstico diferencial

El trastorno del desarrollo de la coordinación debe distinguirse de afectaciones motoras debidas a una enfermedad médica. Los problemas de la coordinación pueden estar asociados a **enfermedades neurológicas específicas** (p. ej., parálisis cerebral y lesiones progresivas del cerebelo), pero en estos casos existe una lesión neurológica definida y hallazgos anormales en la exploración neurológica. Si hay un **retraso mental**, el trastorno del desarrollo de la coordinación sólo puede diagnosticarse si las deficiencias motoras exceden de las habitualmente asociadas con el retraso mental. Cuando se cumplen los criterios de un **trastorno generalizado del desarrollo**, no se establece el diagnóstico de trastorno del desarrollo de la coordinación. Los sujetos afectados de un **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** pueden caerse, chocar con los objetos, golpearlos, pero todo esto suele deberse a su distraibilidad e impulsividad más que a una afectación motora. Si se cumplen los criterios de ambos diagnósticos, deben formularse los dos.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen que el punto de corte para el diagnóstico de este trastorno se sitúe dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado de coordinación motora fina o grosera, valorado mediante tests estandarizados. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de trastorno específico del desarrollo motor.

■ Criterios para el diagnóstico de F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación [315.4]

- A. El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores (p. ej., caminar, gatear, sentarse), caérsele los objetos de la mano, «torpeza», mal rendimiento en deportes o caligrafía deficiente.
- B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación [315.4] (continuación)

- C. El trastorno no se debe a una enfermedad médica (p. ej., parálisis cerebral, hemiplejía o distrofia muscular) y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- D. Si hay retraso mental, las deficiencias motoras exceden de las asociadas habitualmente a él.

Nota de codificación. Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificará en el Eje III.

Trastornos de la comunicación

En este apartado se incluyen los siguientes trastornos de la comunicación: trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado. Todos estos trastornos de la comunicación se han incluido en esta clasificación para familiarizar a los clínicos con sus formas de presentación y para facilitar su diagnóstico diferencial.

F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo [315.31]

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es una deficiencia del desarrollo del lenguaje expresivo demostrada mediante las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo normalizadas y administradas individualmente. Tales puntuaciones deben ser sustancialmente inferiores a las obtenidas en evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo (Criterio A). Las dificultades pueden aparecer en la comunicación implicada tanto en el lenguaje verbal como en el lenguaje gestual. Las dificultades del lenguaje interfieren los rendimientos académicos o laborales o bien la comunicación social (Criterio B). Los síntomas no cumplen los criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, ni de trastorno generalizado del desarrollo (Criterio C). En caso de retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje son superiores a las habitualmente asociadas a tales problemas (Criterio D). Si se presenta un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, deben codificarse en el Eje III.

Las características lingüísticas del trastorno varían en función de su gravedad y de la edad del niño. Estas características incluyen un habla limitada cuantitativamente, una gama reducida de vocabulario, dificultad para la adquisición de palabras nuevas, errores de vocabulario o de evocación de palabras, frases excesivamente cortas, estructuras gramaticales simplificadas, limitación de las variedades de las estructuras gramaticales (p. ej., formas del verbo), limitación de las variedades de tipos de frases (p. ej., imperativos, interrogantes), omisiones de partes críticas de las oraciones, utili-

zación de un orden inusual de palabras y enlentecimiento en el desarrollo del lenguaje. El funcionamiento no lingüístico (medido mediante tests de inteligencia visuomanual) y las habilidades de comprensión del lenguaje están situados habitualmente dentro de los límites normales. El trastorno del lenguaje expresivo puede ser adquirido o evolutivo. En el tipo adquirido se produce una insuficiencia del lenguaje expresivo tras un período de desarrollo normal a consecuencia de una enfermedad neurológica o médica (p. ej., encefalitis, traumatismo craneal, irradiación). En el tipo evolutivo existe una alteración del lenguaje expresivo que no está asociada a lesión neurológica alguna de origen desconocido. Los niños con este tipo de trastorno suelen iniciar su habla tardíamente y progresan con más lentitud de lo normal a través de los distintos estadios del desarrollo del lenguaje expresivo.

Síntomas y trastornos asociados

La característica más frecuentemente asociada al trastorno del lenguaje expresivo en los niños pequeños es un trastorno fonológico. También puede observarse un trastorno en la fluencia y formulación del lenguaje, que implica una velocidad anormalmente acelerada y un ritmo errático del habla, así como alteraciones de la estructura del lenguaje. Cuando el trastorno del lenguaje expresivo es adquirido, también son frecuentes ciertas dificultades adicionales del habla, entre las que se incluyen anomalías de la articulación motora, errores fonológicos, habla lenta, repeticiones silábicas y pautas de entonación y acentuación monótonas. En los niños en edad escolar suele asociarse el trastorno del lenguaje expresivo a ciertos problemas escolares y de aprendizaje (p. ej., escribir al dictado, copiar frases y ortografía), que a veces cumplen criterios de trastornos del aprendizaje. También puede darse una alteración leve de las habilidades verbales receptivas, pero cuando esta alteración es significativa debe establecerse un diagnóstico de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo. No son raros una historia de retraso en alcanzar algunos hitos motores del desarrollo, un trastorno evolutivo de la coordinación y enuresis. También se asocian con frecuencia retraimiento social y algunos trastornos mentales como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El trastorno del lenguaje expresivo puede ir acompañado de alteraciones del EEG, hallazgos anormales en técnicas por neuroimagen, comportamientos disártricos o apráxicos y otros signos neurológicos.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Las evaluaciones del desarrollo de las habilidades para la comunicación deben tener en cuenta el contexto idiomático y cultural del sujeto, particularmente en el caso de quienes se hayan desarrollado en ambientes bilingües. Las medidas normalizadas del desarrollo del lenguaje y de la capacidad intelectual no verbal deben ser relevantes para el grupo cultural y lingüístico en cuestión. El trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo es más frecuente en varones que en mujeres.

Prevalencia

Se estima que un 3-5 % de los niños puede estar afectado por el trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo. El tipo adquirido es menos frecuente.

Curso

El trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo suele identificarse hacia los 3 años de edad, aunque las formas más leves del trastorno pueden no manifestarse hasta el inicio de la ado-

lescencia, cuando el lenguaje acostumbra a hacerse más complejo. El trastorno del lenguaje expresivo de tipo adquirido debido a lesiones cerebrales, traumatismo craneal o ictus puede ocurrir a cualquier edad y su inicio es súbito. La evolución del trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo es variable. Aproximadamente la mitad de los niños afectados por este trastorno parecen superarlo, mientras que la otra mitad sufre dificultades duraderas. Al finalizar la adolescencia, la mayor parte de los niños adquiere en última instancia unas habilidades lingüísticas más o menos normales, aunque pueden persistir déficits sutiles. En el trastorno del lenguaje expresivo de tipo adquirido, la evolución y el pronóstico están relacionados con la gravedad y localización de la patología cerebral, así como con la edad del niño y el nivel de desarrollo del lenguaje existente en el momento en que se adquirió el trastorno. A veces la mejora clínica de las habilidades lingüísticas es rápida y completa, mientras que otras puede darse una recuperación incompleta o un déficit progresivo.

Patrón familiar

Al parecer, el trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo es más probable en individuos con una historia familiar de trastornos de la comunicación o del aprendizaje. No hay pruebas de incidencia familiar en el tipo adquirido.

Diagnóstico diferencial

El trastorno del lenguaje expresivo se distingue del **trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo** por la presencia en este último de alteraciones significativas del lenguaje receptivo. El trastorno del lenguaje expresivo no se diagnostica si se cumplen criterios de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo. El **trastorno autista** también comporta la afectación del lenguaje, pero puede distinguirse del trastorno del lenguaje expresivo y del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo por las características de las anomalías de la comunicación (p. ej., uso estereotipado del lenguaje) y por la presencia de una alteración cualitativa de la interacción social y unos patrones de comportamiento restringidos, repetitivos y estereotipados. El desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo puede estar afectado por **retraso mental**, una **alteración de la audición** u **otro déficit sensorial**, un **déficit motor del habla** o una **privación ambiental grave**. La presencia de estos problemas puede verificarse mediante tests de inteligencia, pruebas audiométricas, exploraciones neurológicas y la historia clínica. Si las dificultades del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas o estos problemas, puede formularse un diagnóstico concurrente de trastorno del lenguaje expresivo o de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo. Los niños con retrasos del lenguaje expresivo debidos a privación ambiental pueden experimentar mejoras rápidas una vez solucionados los problemas ambientales. En el **trastorno de la expresión escrita** existe una alteración de las habilidades para escribir. Si también hay déficit de la expresión oral, puede ser adecuado establecer un diagnóstico adicional de trastorno del lenguaje expresivo. El **mutismo selectivo** implica una producción expresiva limitada que puede semejar un trastorno del lenguaje expresivo o un trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo; en algunos casos se precisa una historia clínica y una observación minuciosas con el fin de determinar la presencia de un lenguaje normal. La **afasia adquirida** asociada a una enfermedad médica acostumbra a ser transitoria durante la infancia. El diagnóstico de trastorno del lenguaje expresivo sólo es apropiado si la alteración del lenguaje persiste más allá del período agudo de recuperación propio del trastorno etiológico médico (p. ej., traumatismo craneal, infección vírica).

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen puntos de corte específicos para las puntuaciones de lenguaje expresivo: dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado y una desviación estándar por debajo del CI no verbal. Además, y a diferencia del DSM-IV, el diagnóstico no puede establecerse si cualquier deterioro de tipo neurológico, sensorial o físico afecta directamente la utilización del lenguaje hablado o si hay retraso mental.

■ Criterios para el diagnóstico de F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo [315.31]

- A. Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo. El trastorno puede manifestarse clínicamente a través de unos síntomas que incluyen un vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la memorización de palabras o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto.
- B. Las dificultades del lenguaje expresivo interfieren el rendimiento académico o laboral o la comunicación social.
- C. No se cumplen criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo ni de trastorno generalizado del desarrollo.
- D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder de las habitualmente asociadas a tales problemas.

Nota de codificación. Si está presente un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificará en el Eje III.

F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo [315.31]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo es una alteración tanto del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo verificada por las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, que se sitúan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal (Criterio A). Las dificultades pueden darse en comunicaciones que impliquen tanto el lenguaje verbal como el lenguaje gestual. Las dificultades del lenguaje interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social (Criterio B), y los síntomas no cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo (Criterio C). Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental,

tal, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas (Criterio D). Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, debe codificarse en el Eje III.

Un sujeto afectado por este trastorno experimenta las dificultades asociadas a un trastorno del lenguaje expresivo (p. ej., un vocabulario sensiblemente limitado, errores en los tiempos verbales, dificultad para recordar palabras o producir frases de longitud o complejidad propias de su edad evolutiva, dificultad general para expresar ideas) y también experimenta problemas en el desarrollo del lenguaje receptivo (p. ej., dificultad para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras). En los casos leves pueden observarse dificultades sólo para comprender tipos particulares de palabras (p. ej., términos espaciales) o frases (p. ej., frases complejas del tipo «si-entonces»). En los casos más graves cabe observar alteraciones múltiples, que incluyen la incapacidad para comprender el vocabulario básico o frases simples, así como déficit en distintas áreas del procesamiento auditivo (p. ej., discriminación de sonidos, asociación de sonidos y símbolos, almacenamiento, recordación y secuenciación). Puesto que el desarrollo del lenguaje expresivo en la infancia descansa en la adquisición de habilidades receptivas, virtualmente nunca se observa un trastorno puro del lenguaje receptivo (análogo a una afasia de Wernicke en los adultos).

El trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo puede ser adquirido o evolutivo. En el tipo adquirido se produce una afectación del lenguaje receptivo y expresivo tras un período de desarrollo normal a consecuencia de una enfermedad neurológica o médica (p. ej., encefalitis, traumatismo craneal, irradiación). En el tipo evolutivo existe una alteración del lenguaje receptivo y expresivo que no está asociada a una afectación neurológica alguna de origen conocido. Este tipo se caracteriza por un ritmo lento del desarrollo del lenguaje donde el habla puede iniciarse tardíamente y avanzar con lentitud a través de los sucesivos estadios del desarrollo del lenguaje.

Síntomas y trastornos asociados

Las características lingüísticas del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo son similares a las que acompañan al trastorno del lenguaje expresivo. El déficit de comprensión es la característica primaria que diferencia este trastorno del lenguaje expresivo, y esta característica puede variar en función de la gravedad del trastorno y de la edad del niño. Las alteraciones de la comprensión del lenguaje pueden resultar menos evidentes que las implicadas en la producción del lenguaje, puesto que no se manifiestan tan claramente al observador y es posible que sólo se evidencien mediante una evaluación formal. Intermitentemente, puede parecer que el niño se confunde o no presta atención cuando se le habla. El niño puede seguir instrucciones de manera incorrecta o no seguirlas en absoluto, y dar respuestas tangenciales o inadecuadas a las preguntas que se le formulan. El niño puede ser excepcionalmente silencioso o, por el contrario, muy locuaz. Las habilidades para la conversación (p. ej., respetar turnos, mantener un tema) suelen ser muy deficientes o inadecuadas. Son frecuentes los déficit en distintas áreas del procesamiento sensorial de la información, especialmente en el procesamiento temporal auditivo (p. ej., velocidad de procesamiento, asociación de sonidos y símbolos, secuencia de sonidos y memoria, atención a los sonidos y discriminación de éstos). También es característica la dificultad para producir secuencias motoras fluida y rápidamente. Con frecuencia, hay trastornos fonológicos, trastornos del aprendizaje y déficit de la percepción verbal, acompañados de alteraciones en la memorización. También se asocian otros trastornos: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno del desarrollo de la coordinación y enuresis. El trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo puede acompañarse de alteraciones del EEG, hallazgos anormales en técnicas por neuroimagen y otros signos neurológicos. Existe una forma de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo adquirido que se inicia alrededor de los 3-9 años de edad y se acompaña de convulsiones, siendo conocido como síndrome de Landau-Kleffner.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Las evaluaciones del desarrollo de las aptitudes para la comunicación deben tener en cuenta el contexto cultural y lingüístico del sujeto, particularmente si éste se ha desarrollado en un ambiente bilingüe. Las evaluaciones normalizadas del desarrollo del lenguaje y de la capacidad intelectual no verbal deben ser relevantes para el grupo cultural lingüístico en cuestión. El trastorno de tipo evolutivo es más prevalente en varones que en mujeres.

Prevalencia

Se estima que el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo de tipo evolutivo puede ocurrir en un 3 % de los niños en edad escolar, pero probablemente es menos frecuente que el trastorno del lenguaje expresivo. El síndrome de Landau-Kleffner y otras formas de tipo adquirido del trastorno son más raros.

Curso

Habitualmente, el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo de tipo evolutivo se detecta antes de los 4 años de edad. Las formas graves del trastorno pueden manifestarse hacia los 2 años. Las formas más leves pueden no reconocerse hasta que el niño ingresa en la escuela elemental donde los déficit de comprensión se hacen más evidentes. El trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo de tipo adquirido, debido a lesiones cerebrales, traumatismo craneal o ictus, puede aparecer a cualquier edad. El tipo adquirido propio del síndrome de Landau-Kleffner (afasia epiléptica adquirida) suele aparecer entre los 3 y los 9 años de edad. Muchos niños con trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo adquieren eventualmente unas habilidades lingüísticas normales, pero el pronóstico es peor que en los afectados por un trastorno del lenguaje expresivo. En el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo de tipo adquirido, el curso y el pronóstico están relacionados con la gravedad y la localización de la patología cerebral, así como con la edad del niño y el grado de desarrollo del lenguaje en el momento en que se adquirió el trastorno. A veces la mejoría clínica de las habilidades lingüísticas es completa, mientras que en otros casos puede haber una recuperación incompleta o un déficit progresivo. Los niños con las formas más graves tienden a desarrollar trastornos del aprendizaje.

Patrón familiar

El trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo de tipo evolutivo es más frecuente entre familiares biológicos de primer grado de quienes sufren el trastorno que en la población general. No hay pruebas de incidencia familiar en el tipo adquirido de este trastorno.

Diagnóstico diferencial

Véase el apartado «Diagnóstico diferencial» del trastorno del lenguaje expresivo (pág. 60).

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

En la CIE-10, el término correspondiente a este trastorno es el de trastorno del lenguaje receptivo. A diferencia del DSM-IV, que especifica dificultades tanto para el lenguaje expresivo

como para el receptivo, toda vez que éstas suelen aparecer simultáneamente, la definición de la CIE-10 sólo menciona desviaciones en la comprensión del lenguaje. Los Criterios Diagnósticos de Investigación proponen puntos de corte para las puntuaciones de lenguaje receptivo: dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado y una desviación estándar por debajo del CI no verbal. Además, y a diferencia del DSM-IV, no puede establecerse el diagnóstico si cualquier deterioro de tipo neurológico, sensorial o físico afecta directamente la utilización del lenguaje receptivo o si hay retraso mental.

■ Criterios para el diagnóstico de F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo [315.31]

- A. Las puntuaciones obtenidas mediante una batería de evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.
- B. Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
- C. No se cumplen los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

F80.0 Trastorno fonológico [315.39] (antes trastorno del desarrollo de la articulación)

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno fonológico es una incapacidad para utilizar los sonidos del habla evolutivamente apropiados para la edad y el idioma del sujeto (Criterio A). Puede implicar errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos, por ejemplo, sustituciones de un sonido por otro (uso del sonido /t/ en lugar de /k/) u omisiones de sonidos (p. ej., consonantes finales), etc. Las deficiencias en la producción de sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social (Criterio B). Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas (Criterio C). Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, deben codificarse en el Eje III.

El trastorno fonológico incluye errores de la producción fonológica (esto es, de la articulación) que comportan la incapacidad para producir correctamente sonidos del habla, así como una serie de problemas fonológicos de índole cognoscitiva que implican un déficit para la categorización lingüística de los sonidos del habla (p. ej., dificultad para seleccionar los sonidos del lenguaje que dan lugar a una diferencia de significado). La gravedad oscila entre un efecto muy escaso o nulo sobre la inteligibilidad del habla hasta un habla completamente ininteligible. Habitualmente, se considera que las omisiones de sonidos son más graves que las sustituciones de sonidos, las cuales, a su vez, son más graves que las distorsiones de sonidos. Los sonidos que más frecuentemente se articulan mal son los de adquisición más tardía en la secuencia del desarrollo (*l, r, s, z, ch*), pero en los sujetos de menor edad o más gravemente afectados también pueden afectarse las consonantes y vocales de desarrollo más temprano. El ceceo (esto es, la articulación deficiente de sibilantes) es particularmente frecuente. El trastorno fonológico puede comportar asimismo errores de selección y ordenamiento de los sonidos en las sílabas y palabras (p. ej., *sol* por *los*).

Síntomas y trastornos asociados

Aunque puede haber una asociación con factores causales evidentes como deficiencias auditivas, déficit estructurales del mecanismo periférico oral del habla (p. ej., hendidura palatina), trastornos neurológicos (p. ej., parálisis cerebral), limitaciones cognoscitivas (p. ej., retraso mental) o problemas psicosociales, por lo menos un 2,5 % de los niños preescolares presenta trastornos fonológicos de origen desconocido o dudoso, trastornos que habitualmente se califican como *funcionales* o *evolutivos*. Puede haber un retraso de la aparición del habla.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Las evaluaciones del desarrollo de las aptitudes para la comunicación deben tener en cuenta el contexto cultural y lingüístico del sujeto, particularmente en quienes se han desarrollado en ambientes bilingües. El trastorno fonológico es más prevalente en los varones.

Prevalencia

Aproximadamente el 2-3 % de los niños entre 6 y 7 años de edad presenta un trastorno fonológico de moderado a grave, aunque la prevalencia de las formas más leves del trastorno es superior. La prevalencia desciende al 0,5 % hacia los 17 años de edad.

Curso

En el trastorno fonológico grave, el lenguaje del niño puede ser relativamente ininteligible incluso para los miembros de su familia. Las formas menos graves del trastorno pueden no reconocerse hasta que el niño ingresa en un ambiente preescolar o escolar y tiene dificultades para ser comprendido fuera de su familia inmediata. El curso del trastorno varía en función de su gravedad y de las causas asociadas. En las presentaciones leves de causa desconocida suele producirse una recuperación espontánea.

Patrón familiar

Se ha demostrado la existencia de antecedentes familiares en algunas formas de trastorno fonológico.

Diagnóstico diferencial

Las dificultades del habla pueden asociarse a **retraso mental, deficiencia auditiva** u otro **déficit sensorial, déficit motor del habla** o **privación ambiental grave**. Puede verificarse la presencia de estos problemas mediante tests de inteligencia, pruebas audiométricas, exploraciones neurológicas e historia clínica. Si las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas, puede establecerse un diagnóstico concurrente de trastorno fonológico. Los problemas limitados al **ritmo del habla** o a la **voz** no se incluyen en el trastorno fonológico y se diagnostican como **tartamudeo** o **trastorno de la comunicación no especificado**. Los niños con deficiencias del habla debidas a privación ambiental pueden mejorar rápidamente una vez subsanados los problemas ambientales.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen que la capacidad para la articulación de la palabra, evaluada mediante tests estandarizados, se sitúe dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado y una desviación estándar por debajo del CI no verbal para poder realizar este diagnóstico. Además, y a diferencia del DSM-IV, el diagnóstico no puede establecerse si cualquier deterioro de tipo neurológico, sensorial o físico afecta directamente la utilización del lenguaje receptivo o si hay retraso mental.

■ **Criterios para el diagnóstico de F80.0 Trastorno fonológico [315.39]**

- A. Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (p. ej., errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro (utilización del sonido /t/ en lugar de /k/ u omisiones de sonidos tales como consonantes finales).
- B. Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
- C. Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

F98.5 Tartamudeo [307.0]*Características diagnósticas*

La característica esencial del tartamudeo es un trastorno de la fluidez normal y estructuración temporal del habla, que es inapropiada para la edad del sujeto (Criterio A). Este trastorno se ca-

racteriza por frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas (Criterios A1 y A2). También se observan otros tipos de alteraciones de la fluidez del habla, entre las que se incluyen interjecciones (Criterio A3), fragmentación de palabras (p. ej., pausas dentro de una palabra) (Criterio A4), bloqueo audible o silencioso (p. ej., pausas en el habla ocupadas o no) (Criterio A5), circunloquios (esto es, sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas) (Criterio A6), palabras producidas con un exceso de tensión física (Criterio A7) y repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., «Yo-yo-yo le veré») (Criterio A8). La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social (Criterio B). Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las asociadas usualmente a estos problemas (Criterio C). Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán también en el Eje III. La intensidad del trastorno varía en función de las situaciones y a menudo es más grave cuando se produce una presión especial para comunicar (p. ej., ser preguntado en clase o entrevistado para conseguir un empleo). El tartamudeo suele no producirse durante una lectura oral, cantando o hablando a objetos inanimados o animales.

Síntomas y trastornos asociados

Al iniciarse el tartamudeo, el sujeto puede no ser consciente del problema, desarrollándose posteriormente la conciencia e incluso la anticipación ansiosa de su dificultad. El sujeto puede intentar evitar el tartamudeo mediante mecanismos lingüísticos (p. ej., alterando la velocidad del habla, evitando ciertas situaciones verbales como telefonar o hablar en público, o evitando ciertas palabras o sonidos). El tartamudeo puede acompañarse de ciertos movimientos (p. ej., parpadeos, tics, temblores de los labios o el rostro, extensiones bruscas de la cabeza, movimientos respiratorios o apretar los puños). Se ha observado que el estrés o la ansiedad exacerban el tartamudeo. Debido a la ansiedad, frustración o baja autoestima asociadas, puede producirse una alteración de la actividad social. En los adultos, el tartamudeo puede limitar la elección o el progreso laborales. En las personas con tartamudeo, el trastorno fonológico y el trastorno del lenguaje expresivo se producen con mayor frecuencia que en la población general.

Prevalencia

La prevalencia de tartamudeo en niños prepuberales es del 1 % y desciende al 0,8 % en la adolescencia. La proporción varón a mujer es aproximadamente 3:1.

Curso

Estudios retrospectivos sobre tartamudos indican que el inicio del trastorno se produce típicamente entre los 2 y 7 años de edad (con un máximo alrededor de los 5 años). En el 98 % de los casos el inicio se produce antes de los 10 años de edad. Dicho inicio suele ser insidioso, transcurriendo varios meses durante los cuales se producen anomalías de la fluidez verbal episódicas, desapercibidas, que se van convirtiendo en un problema crónico. Típicamente, el trastorno se inicia de modo gradual, con repeticiones de consonantes iniciales, palabras que usualmente inician una frase o palabras largas. En general el niño no es consciente del tartamudeo. A medida que el trastorno progresa, se instaura un curso oscilante. Las alteraciones de la fluidez se hacen cada vez más frecuentes, y el tartamudeo se produce en relación con palabras o frases más significativas. Cuando el niño se hace consciente de sus dificultades relacionadas con el habla, pueden aparecer mecanismos para evitar las alteraciones de la fluidez, observándose respuestas emocionales. Algunas

investigaciones sugieren que más del 80 % se recuperan, de los cuales hasta un 60 % lo hace espontáneamente. Habitualmente, la recuperación se produce antes de los 16 años de edad.

Patrón familiar

Los estudios de familias y gemelos han suministrado sólidas pruebas de la existencia de un factor genético en la etiología del tartamudeo. La presencia de un trastorno fonológico o un trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo, o una historia familiar de ambos, incrementa la probabilidad de tartamudeo. El riesgo de tartamudeo entre familiares biológicos de primer grado es tres veces superior al riesgo observado en la población general. En el caso de varones tartamudos, alrededor del 10 % de sus hijas y el 20 % de sus hijos también lo serán.

Diagnóstico diferencial

Las dificultades del habla pueden estar asociadas a una **deficiencia auditiva** u otro **déficit sensorial** o a un **déficit motor del habla**. Cuando las dificultades del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas, puede establecerse un diagnóstico simultáneo de tartamudeo. El tartamudeo debe distinguirse de las **anomalías de la fluidez verbal normales que se producen frecuentemente en niños pequeños** y que incluyen repeticiones de palabras enteras o de frases (p. ej., «quiero, quiero un helado»), frases incompletas, interjecciones, pausas injustificadas y observaciones «entre paréntesis».

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

A diferencia del DSM-IV, que establece la significación clínica del trastorno con arreglo al grado de interferencia sobre los logros académicos y laborales o la comunicación social, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 se basan en una duración mínima de 3 meses para determinar la significación clínica del tartamudeo.

■ Criterios para el diagnóstico de F98.5 Tartamudeo [307.0]

- A. Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes fenómenos:
- (1) repeticiones de sonidos y sílabas
 - (2) prolongaciones de sonidos
 - (3) interjecciones
 - (4) palabras fragmentadas (p. ej., pausas dentro de una palabra)
 - (5) bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)
 - (6) circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)
 - (7) palabras producidas con un exceso de tensión física
 - (8) repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., «Yo-yo-yo le veo»)

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F98.5 Tartamudeo [307.0]
(continuación)

- B. La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
- C. Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas.

Nota de codificación. Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán en el Eje III.

F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado [307.9]

Esta categoría se reserva para trastornos de la comunicación que no cumplen los criterios de ningún trastorno de la comunicación específico; por ejemplo, un trastorno de la voz (esto es, una anomalía del volumen, calidad, tono o resonancia vocales).

Trastornos generalizados del desarrollo

Los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Esta sección incluye el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de la vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retraso mental, el cual, si está presente, debe codificarse en el Eje II. A veces, los trastornos generalizados del desarrollo se observan en otras enfermedades médicas (p. ej., anomalías cromosómicas, infecciones congénitas, anomalías estructurales del sistema nervioso central). Si existen estos trastornos, pueden anotarse en el Eje III. Aunque en algún momento se utilizaron términos como «psicosis» y «esquizofrenia infantil» para hacer referencia a estos trastornos, son numerosos los datos en favor de que los trastornos generalizados del desarrollo son distintos de la esquizofrenia (sin embargo, un sujeto con un trastorno generalizado del desarrollo puede desarrollar ocasionalmente una esquizofrenia posterior).

F84.0 Trastorno autista [299.00]

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente

restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto. A veces el trastorno autista es denominado *autismo infantil temprano*, *autismo infantil* o *autismo de Kanner*.

Las deficiencias de la interacción social son importantes y duraderas. Puede darse una notable afectación de la práctica de comportamientos no verbales múltiples (p. ej., contacto ocular, expresión facial, posturas y gestos corporales) en orden a regular la interacción y comunicación sociales (Criterio A1a). Puede existir una incapacidad para desarrollar relaciones con coetáneos apropiados al nivel de desarrollo (Criterio A1b), incapacidad que puede adoptar diferentes formas a diferentes edades. Los sujetos de menor edad pueden tener muy poco o ningún interés en establecer lazos de amistad. Los sujetos de más edad pueden estar interesados por unas relaciones amistosas, pero carecen de la comprensión de las convenciones de la interacción social. Puede faltar la búsqueda espontánea de disfrutes, intereses u objetivos compartidos con otras personas (p. ej., no mostrando, llevando o señalando objetos que consideran interesantes) (Criterio A1c). Puede estar presente una falta de reciprocidad social o emocional (p. ej., no participando activamente en juegos sociales simples, prefiriendo actividades solitarias o implicando a otros en actividades sólo como herramientas o accesorios «mecánicos») (Criterio A1d). Con frecuencia el sujeto tiene sumamente afectada la conciencia de los otros. Los sujetos que sufren este trastorno pueden prescindir de otros niños (incluyendo sus hermanos), carecer de todo concepto relativo a las necesidades de los demás o no percibir el malestar de otra persona.

También es muy notable y persistente la alteración de la comunicación, que afecta tanto las habilidades verbales como las no verbales. Puede producirse un retraso del desarrollo del lenguaje hablado o incluso su ausencia total (Criterio A2a). En los sujetos que hablan cabe observar una notable alteración de la habilidad para iniciar o sostener una conversación con otros (Criterio A2b), o una utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o un lenguaje idiosincrásico (Criterio A2c). También se observa una falta de juego usual espontáneo y variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo del sujeto (Criterio A2d). Cuando se desarrolla el habla, el volumen, la entonación, la velocidad, el ritmo o la acentuación pueden ser anormales (p. ej., el tono de voz puede ser monótono o se formulan finales de frase con entonación interrogativa). Las estructuras gramaticales suelen ser inmaduras e incluir un uso estereotipado y repetitivo del lenguaje (p. ej., repetición de palabras o frases prescindiendo de su significado; repetición de rimas o de lemas comerciales) o un lenguaje metafórico (esto es, un lenguaje que sólo puede ser comprendido claramente por quienes están familiarizados con el estilo comunicativo del sujeto). Puede ponerse de manifiesto una alteración de la comprensión del lenguaje merced a la incapacidad para comprender preguntas, instrucciones o bromas simples. El juego imaginativo suele estar ausente o notablemente alterado. Estos sujetos también tienden a no implicarse en las rutinas o juegos imitativos simples propios de la infancia o la primera niñez, o lo hacen sólo fuera de contexto o de una manera mecánica.

Los sujetos con trastorno autista cuentan con unos patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados. Pueden demostrar una preocupación absorbente por una o más pautas de interés restrictivas y estereotipadas que resultan anormales, sea en su intensidad sea en sus objetivos (Criterio A3a); una adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales (Criterio A3b); manierismos motores repetitivos y estereotipados (Criterio A3c); o una preocupación persistente por partes de objetos (Criterio A3d). Los sujetos con trastorno autista despliegan una gama de intereses marcadamente restringida y suelen preocuparse por alguno muy limitado (p. ej., recopilando datos sobre meteorología o estadísticas de fútbol). Pueden alinear un número exacto de juguetes del mismo modo una y otra vez, o reproducir repetitivamente los comportamientos de un actor de televisión. Pueden insistir en la identidad o uniformidad de las cosas y resistirse o alterarse ante cambios triviales (p. ej., un niño pequeño puede experimentar una reacción catastrófica ante un pequeño cambio en el ambiente, como son unas cortinas nuevas o un cambio en la colocación de la mesa del comedor). A menudo se observa un notable interés

por rutinas o rituales no funcionales o una insistencia irracional en seguir determinadas rutinas (p. ej., seguir exactamente la misma ruta para ir a la escuela). Los movimientos corporales estereotipados incluyen las manos (aletear, dar golpecitos con un dedo) o todo el cuerpo (balancearse, inclinarse y mecerse). Pueden estar presentes anomalías posturales (p. ej., caminar de puntillas, movimientos manuales y posturas corporales extravagantes). Estos sujetos experimentan una preocupación persistente por ciertas partes de los objetos (botones, partes del cuerpo). También pueden resultar fascinados por un movimiento (p. ej., el girar de las ruedas de un coche, el abrir y cerrar de una puerta, un ventilador eléctrico u otro objeto que dé vueltas rápidamente). La persona puede estar intensamente vinculada a algún objeto inanimado (p. ej., un trozo de cordel o una pieza de goma).

La alteración debe manifestarse antes de los 3 años de edad por retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje tal como se utiliza en la comunicación social o juego simbólico o imaginativo (Criterio B). Aunque en algunas ocasiones se haya descrito un desarrollo relativamente normal durante 1 o 2 años, no existe típicamente período alguno de desarrollo inequívocamente normal. En una minoría de casos, los padres dan cuenta de una regresión del desarrollo del lenguaje, generalmente manifestada por el cese del habla después de que el niño ha adquirido 5 a 10 palabras. Por definición, si existe un período de desarrollo normal, éste no puede extenderse más allá de los 3 años. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil (Criterio C).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. En la mayor parte de los casos existe un diagnóstico asociado de retraso mental, habitualmente en un intervalo moderado (CI 35-50). Aproximadamente el 75 % de los niños con trastorno autista sufre retraso. Pueden existir alteraciones del desarrollo de las habilidades cognoscitivas. El perfil de las habilidades cognoscitivas suele ser irregular, cualquiera que sea el nivel general de inteligencia (p. ej., una niña de 4 años de edad con un trastorno autista puede ser capaz de leer, esto es, presentar una hiperlexia). En muchos niños con un trastorno autista funcionalmente superior, el nivel de lenguaje receptivo (o sea, la comprensión del lenguaje) es inferior al del lenguaje expresivo (p. ej., vocabulario). Los sujetos con trastorno autista pueden presentar una amplia gama de síntomas comportamentales, que incluyen hiperactividad, campo de atención reducido, impulsividad, agresividad, comportamientos autolesivos y, especialmente los niños pequeños, pataletas. Pueden observarse respuestas extravagantes a los estímulos sensoriales (p. ej., un elevado umbral para el dolor, hipersensibilidad ante los sonidos en los contactos físicos, reacciones exageradas ante la luz o los colores, fascinación por ciertos estímulos). Pueden producirse irregularidades en la ingestión alimentaria (p. ej., dieta limitada a muy pocos alimentos, pica) o en el sueño (p. ej., despertar recurrente o balanceo nocturno). Pueden presentarse alteraciones del humor o la afectividad (p. ej., reír o llorar sin motivo observable, ausencia aparente de reacciones emocionales). Cabe observar una ausencia de miedo en respuesta a peligros reales y un temor excesivo en respuesta a objetos no dañinos. Suelen presentarse distintos comportamientos autolesivos (p. ej., cabezazos o mordiscos en los dedos, las manos o muñecas). En la adolescencia o en los inicios de la vida adulta, los sujetos con trastorno autista y capacidad intelectual suficiente pueden deprimirse en respuesta a la toma de conciencia de sus graves déficit.

Hallazgos de laboratorio. Cuando un trastorno autista se asocia a una enfermedad médica, se obtienen datos de laboratorio coherentes con esa enfermedad. Se han hallado diferencias de grupo en medidas de la actividad serotoninérgica, pero carecen de valor diagnóstico en el trastorno autista. En algunos casos pueden resultar anormales los estudios por neuroimagen, pero no se ha identificado claramente un patrón específico. Son frecuentes las alteraciones del EEG, incluso en ausencia de trastornos convulsivos.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. En el trastorno autista pueden observarse distintos síntomas o signos neurológicos no específicos (p. ej., reflejos primitivos, retraso del desarrollo de la dominancia manual). A veces el trastorno se presenta asociado a una enfermedad neurológica o médica (p. ej., encefalitis, fenilcetonuria, esclerosis tuberosa, síndrome del X frágil, anoxia connatal, rubéola materna). Alrededor del 25 % de los casos experimenta crisis convulsivas (particularmente en la adolescencia). Cuando existan otras enfermedades médicas se anotarán en el Eje III.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

En el trastorno autista, la naturaleza de la alteración de la interacción social puede modificarse con el paso del tiempo, pudiendo variar en función del nivel de desarrollo del individuo. En los niños pequeños cabe observar incapacidad para abrazar; indiferencia o aversión hacia las manifestaciones de afecto o de contacto físico; ausencia de contacto ocular, respuestas faciales o sonrisas dirigidas socialmente, e incapacidad para responder a la voz de sus padres. Como resultado de todo ello, los padres pueden estar inicialmente preocupados ante la posibilidad de que su hijo sea sordo. Los niños autistas pueden tratar a los adultos como seres intercambiables o aferrarse mecánicamente a una persona específica. A lo largo del desarrollo, el niño puede hacerse más dispuesto a participar pasivamente en la interacción social e incluso puede interesarse más por dicha interacción. Sin embargo, incluso en tales circunstancias, el niño tiende a tratar a otras personas de modo desusado (p. ej., esperando que los demás respondan a preguntas ritualizadas de forma específica, teniendo un escaso sentido de los límites de los demás y actuando de manera inadecuada en la interacción social). En los sujetos de más edad cabe observar un excelente rendimiento en tareas que implican memoria a largo plazo (p. ej., horarios de trenes, fechas históricas, fórmulas químicas o recuerdo exacto de letras de canciones escuchadas años antes), pero la información en cuestión tiende a repetirse una y otra vez, sea o no sea propia en relación con el contexto social. El trastorno se presenta en los varones con una frecuencia cuatro a cinco veces mayor que en las mujeres. Sin embargo, las mujeres autistas son más propensas a experimentar un retraso mental más grave.

Prevalencia

Los estudios epidemiológicos sugieren unas tasas de trastorno autista de 2-5 casos por cada 10.000 individuos.

Curso

Por definición, el inicio del trastorno autista es anterior a los 3 años de edad. En algunos casos los padres explican que se preocuparon por el niño desde el nacimiento o muy poco después, dada su falta de interés por la interacción social. Durante la primera infancia las manifestaciones del trastorno son más sutiles, resultando más difíciles de definir que las observadas tras los 2 años de edad. En una minoría de casos el niño puede haberse desarrollado normalmente durante el primer año de vida (o incluso durante sus primeros 2 años). El trastorno autista tiene un curso continuo. En niños de edad escolar y en adolescentes son frecuentes los progresos evolutivos en algunas áreas (p. ej., interés creciente por la actividad social a medida que el niño alcanza la edad escolar). Algunos sujetos se deterioran comportamentalmente durante la adolescencia, mientras que otros mejoran. Las habilidades lingüísticas (p. ej., presencia de lenguaje comunicativo) y el nivel intelectual general son los factores relacionados más significativamente con el pronóstico a

largo plazo. Los estudios de seguimiento realizados hasta la fecha sugieren que sólo un pequeño porcentaje de sujetos autistas llegan a vivir y trabajar autónomamente en su vida adulta. Alrededor de un tercio de los casos alcanza algún grado de independencia parcial. Los adultos autistas que funcionan a un nivel superior continúan teniendo problemas en la interacción social y en la comunicación, junto con intereses y actividades claramente restringidos.

Patrón familiar

Existe un riesgo significativo de trastorno autista en los hermanos de los sujetos afectados de dicho trastorno.

Diagnóstico diferencial

En el desarrollo normal pueden observarse períodos de regresión evolutiva, pero no son tan graves ni tan prolongados como en el trastorno autista. El trastorno autista debe ser diferenciado de **otros trastornos generalizados del desarrollo**. El **trastorno de Rett** difiere del trastorno autista en su proporción sexual característica y en el perfil de sus déficits. El trastorno de Rett sólo ha sido diagnosticado en mujeres, mientras que el trastorno autista se observa mucho más frecuentemente en varones. En el trastorno de Rett se produce un patrón característico de desaceleación del crecimiento craneal, pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas y aparición de una marcha y unos movimientos del tronco pobremente coordinados. Los sujetos con trastorno de Rett pueden manifestar, especialmente durante los años preescolares, dificultades en la interacción social parecidas a las observadas en el trastorno autista, pero tienden a ser transitorias. El trastorno autista difiere del **trastorno desintegrativo infantil**, que cuenta con un patrón distintivo de regresión evolutiva que aparece por lo menos tras 2 años de desarrollo normal. En el trastorno autista, habitualmente, las anomalías del desarrollo se observan durante el primer año de vida. Cuando no se dispone de información sobre los primeros tiempos del desarrollo o cuando no es posible documentar el período requerido de desarrollo normal, debe formularse el diagnóstico de trastorno autista. El **trastorno de Asperger** puede distinguirse del trastorno autista por la ausencia de retraso del desarrollo del lenguaje. El trastorno de Asperger no se diagnostica si se cumplen criterios de trastorno autista.

La **esquizofrenia** de inicio infantil suele desarrollarse tras unos años de desarrollo normal o casi normal. Puede establecerse un diagnóstico adicional de esquizofrenia si un sujeto con trastorno autista desarrolla los rasgos característicos de la esquizofrenia (v. pág. 280), con una fase de actividad sintomática consistente en delirios o alucinaciones prominentes que dura por lo menos 1 mes. En el **mutismo selectivo**, el niño acostumbra a manifestar unas habilidades para la comunicación adecuadas, aunque sólo lo haga en ciertos contextos, y no experimenta la grave afectación de la interacción social ni los patrones restringidos del comportamiento asociados al trastorno autista. En el **trastorno del lenguaje expresivo** y en el **trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo** existe una afectación del lenguaje, pero no va asociada a la presencia de una alteración cualitativa de la interacción social ni a patrones de comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado. A veces es difícil determinar si es atribuible un diagnóstico adicional de trastorno autista a un sujeto con **retraso mental**, especialmente si el retraso mental es grave o profundo. El diagnóstico adicional de trastorno autista se reserva para aquellos casos en que existan déficits cualitativos de las habilidades sociales y comunicativas, así como las características comportamentales específicas del trastorno autista. Las estereotipias motoras son típicas del trastorno autista. No se establece un diagnóstico adicional de **trastorno de movimientos estereotipados** cuando tales estereotipias se explican mejor formando parte de la presentación de un trastorno autista.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y la CIE-10 proponen criterios y códigos diagnósticos prácticamente iguales. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de autismo infantil.

■ Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno autista [299.00]

- A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):
- (1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
 - (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo
 - (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
 - (d) falta de reciprocidad social o emocional
 - (2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
 - (b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
 - (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
 - (d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo
 - (3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
 - (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
 - (b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
 - (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - (d) preocupación persistente por partes de objetos

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno autista [299.00]
(continuación)

- B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

F84.2 Trastorno de Rett [299.80]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de Rett es el desarrollo de múltiples déficit específicos tras un período de funcionamiento normal después del nacimiento. Los sujetos presentan un período prenatal y perinatal aparentemente normal (Criterio A1) con un desarrollo psicomotor normal durante los primeros 5 meses de vida (Criterio A2). En el nacimiento la circunferencia craneal también se sitúa dentro de los límites normales (Criterio A3). Entre los 5 y los 48 meses de edad el crecimiento craneal se desacelera (Criterio B1). Entre los 5 y 30 meses de edad se produce una pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas, con el subsiguiente desarrollo de unos movimientos manuales estereotipados característicos, que semejan escribir o lavarse las manos (Criterio B2). El interés por el ambiente social disminuye en los primeros años posteriores al inicio del trastorno (Criterio B3), aunque la interacción social se desarrolla a menudo posteriormente. Se establecen alteraciones de la coordinación de la marcha y de los movimientos del tronco (Criterio B4). También existe una alteración grave del desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo, con retraso psicomotor grave (Criterio B5).

Síntomas y trastornos asociados

El trastorno de Rett está asociado típicamente a retraso mental grave o profundo, que, si existe, debe codificarse en el Eje II. No existen datos específicos de laboratorio asociados a este trastorno. En los sujetos con trastorno de Rett puede observarse una gran frecuencia de alteraciones del EEG y trastornos convulsivos. Las técnicas por neuroimagen cerebral han demostrado la existencia de anomalías no específicas.

Prevalencia

Los datos disponibles se limitan principalmente a series de casos. Al parecer, el trastorno de Rett es mucho menos frecuente que el trastorno autista. Este trastorno sólo ha sido diagnosticado en mujeres.

Curso

El patrón de regresión evolutiva es sumamente distintivo. El trastorno de Rett tiene su inicio antes de los 4 años de edad, habitualmente durante el primero o segundo año de vida. El trastorno persiste a lo largo de toda la vida, y la pérdida de habilidades se suele mantener y progresar. En la mayor parte de los casos la recuperación es muy limitada, aunque pueden producirse progresos evolutivos muy modestos y observarse algún interés por la interacción social cuando los sujetos finalizan su infancia o entran en la adolescencia. Las deficiencias comunicativas y comportamentales suelen permanecer relativamente constantes a lo largo de la vida.

Diagnóstico diferencial

En el desarrollo normal cabe observar períodos de regresión evolutiva, pero no son tan graves ni tan prolongados como en el trastorno de Rett. Para el diagnóstico diferencial entre trastorno de Rett y **trastorno autista**, véase la página 73. El trastorno de Rett difiere del **trastorno desintegrativo infantil** y del **trastorno de Asperger** en su proporción sexual característica, su inicio y su patrón de déficit. El trastorno de Rett sólo ha sido diagnosticado en mujeres, mientras que el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno de Asperger parecen ser más frecuentes en varones. El inicio de los síntomas del trastorno de Rett puede establecerse hacia los 5 meses de edad, mientras que en el trastorno desintegrativo infantil el período de desarrollo normal es típicamente más prolongado (esto es, por lo menos hasta los 2 años de edad). En el trastorno de Rett hay un patrón característico de desaceleración del crecimiento craneal, pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas y aparición de una marcha y unos movimientos del tronco mal coordinados. En contraste con el trastorno de Asperger, el trastorno de Rett se caracteriza por una alteración grave del desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y la CIE-10 proponen criterios y códigos diagnósticos prácticamente iguales. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de síndrome de Rett.

■ Criterios para el diagnóstico de F84.2 Trastorno de Rett [299.80]

- A. Todas las características siguientes:
- (1) desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal
 - (2) desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento
 - (3) circunferencia craneal normal en el nacimiento
- B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:
- (1) desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F84.2 Trastorno de Rett [299.80]
(continuación)

- (2) pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos)
- (3) pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente)
- (4) mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco
- (5) desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave

F84.3 Trastorno desintegrativo infantil [299.10]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno desintegrativo infantil es una marcada regresión en múltiples áreas de actividad tras un período de por lo menos 2 años de desarrollo aparentemente normal (Criterio A). El desarrollo aparentemente normal se manifiesta por una comunicación verbal y no verbal, unas relaciones sociales, un juego y un comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto. Tras los primeros 2 años de vida, pero antes de los 10 años de edad, el niño experimenta una pérdida clínicamente significativa de habilidades adquiridas anteriormente, por lo menos en dos de las siguientes áreas: lenguaje expresivo o receptivo, habilidades sociales o comportamiento adaptativo, control vesical o intestinal, juego o habilidades motoras (Criterio B). Los sujetos con este trastorno manifiestan los déficit sociales y comunicativos y las características comportamentales generalmente observados en el trastorno autista (v. pág. 69). Existe una alteración cualitativa de la interacción social (Criterio C1) y de la comunicación (Criterio C2), y unos patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados (Criterio C3). El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia (Criterio D). Este trastorno también ha sido denominado *síndrome de Heller*, *dementia infantilis* o *psicosis desintegrativa*.

Síntomas y trastornos asociados

El trastorno desintegrativo infantil suele asociarse a retraso mental grave que, si existe, debe codificarse en el Eje II. Pueden observarse varios síntomas o signos neurológicos no específicos. Parece existir un incremento de la frecuencia de alteraciones del EEG y trastornos compulsivos. Aunque parece probable que el trastorno sea el resultado de alguna lesión del sistema nervioso central en desarrollo, no se han identificado sus mecanismos concretos. Ocasionalmente, el trastorno se observa asociado a otra enfermedad médica (p. ej., leucodistrofia metacromática, enfermedad de Schilder) que pudiera explicar la regresión evolutiva. Sin embargo, en la mayor parte de los casos ninguna investigación revela tal trastorno. Si existe una enfermedad neurológica o médica asociada al trastorno desintegrativo, se codificarán en el Eje III. Los datos de laboratorio reflejarán la enfermedad médica asociada.

Prevalencia

Los datos epidemiológicos son muy limitados, pero el trastorno desintegrativo infantil parece ser muy raro y mucho menos frecuente que el trastorno autista. Aunque ciertos estudios iniciales sugirieron una proporción sexual equivalente, datos más recientes indican que el trastorno es más común entre varones.

Curso

Por definición, el trastorno desintegrativo infantil sólo puede diagnosticarse si los síntomas van precedidos de por lo menos 2 años de desarrollo normal y su inicio es anterior a los 10 años de edad. Cuando el período de desarrollo normal ha sido bastante prolongado (5 o más años), es particularmente importante llevar a cabo una exploración física y neurológica completa con el fin de verificar la presencia de una enfermedad médica. En la mayoría de los casos el inicio se produce entre los 3 y los 4 años de edad, pudiendo ser insidioso o súbito. Hay signos premonitorios que pueden incluir niveles de actividad incrementados, irritabilidad y ansiedad seguidos de pérdida del habla y de otras habilidades. Habitualmente, la pérdida de habilidades alcanza un cierto nivel tras el que puede producirse alguna mejoría limitada, aunque tal mejoría rara vez es importante. En otros casos, especialmente cuando el trastorno se asocia a una enfermedad neurológica progresiva, la pérdida de habilidades también es progresiva. Este trastorno experimenta un curso continuo, y en la mayoría de los casos su duración se extiende a lo largo de toda la vida. Las deficiencias sociales, comunicativas y comportamentales permanecen relativamente constantes a lo largo de la vida.

Diagnóstico diferencial

En el desarrollo normal pueden observarse ciertos períodos de regresión, pero en tal caso no son tan graves ni tan prolongados como en el trastorno desintegrativo infantil. El trastorno desintegrativo infantil debe ser diferenciado de **otros trastornos generalizados del desarrollo**. Para el diagnóstico diferencial con el **trastorno autista**, véase la página 73. Para el diagnóstico diferencial con el **trastorno de Rett**, véase la página 76. En oposición al **trastorno de Asperger**, el trastorno desintegrativo infantil se caracteriza por una pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas y una mayor probabilidad de retraso mental. En el trastorno de Asperger no hay retraso del desarrollo del lenguaje ni una pérdida significativa de habilidades evolutivas.

El trastorno desintegrativo infantil debe ser diferenciado de la **demencia** de inicio durante la infancia o la niñez. La demencia sobreviene como consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal), mientras el trastorno desintegrativo infantil ocurre típicamente en ausencia de una enfermedad médica asociada.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios y códigos diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10 son idénticos, excepto en el Criterio C, donde la CIE-10 también incluye una «pérdida general del interés por los objetos y el entorno». En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de otro trastorno desintegrativo infantil.

■ Criterios para el diagnóstico de F84.3 Trastorno desintegrativo infantil [299.10]

- A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.
- B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 - (1) lenguaje expresivo o receptivo
 - (2) habilidades sociales o comportamiento adaptativo
 - (3) control intestinal o vesical
 - (4) juego
 - (5) habilidades motoras
- C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:
 - (1) alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
 - (2) alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)
 - (3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos
- D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

F84.5 Trastorno de Asperger [299.80]

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno de Asperger son una alteración grave y persistente de la interacción social (Criterio A) y el desarrollo de patrones del comportamiento, intereses y actividades restrictivas y repetitivos (Criterio B) (v. pág. 71 en «Trastorno autista» para un análisis de los Criterios A y B). El trastorno puede dar lugar a un deterioro clínicamente significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). En contraste con el trastorno autista, no existen retrasos del lenguaje clínicamente significativos (p. ej., se utilizan palabras simples a los 2 años de edad y frases comunicativas a los 3 años de edad) (Criterio D). Además, no se observan retrasos clínicamente significativos del desarrollo cognoscitivo ni en el desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad del sujeto, comportamiento adaptati-

vo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia (Criterio E). No se establece el diagnóstico si se cumplen criterios de cualquier otro trastorno generalizado del desarrollo específico o de esquizofrenia (Criterio F).

Síntomas y trastornos asociados

A veces el trastorno de Asperger se observa asociado a alguna enfermedad médica que debe codificarse en el Eje III. Pueden observarse distintos síntomas o signos neurológicos no específicos. Pueden retrasarse las etapas del desarrollo motor, observándose frecuentemente torpeza motora.

Prevalencia

Es limitada la información disponible acerca de la prevalencia del trastorno de Asperger, pero parece ser más frecuente en varones.

Curso

El trastorno de Asperger parece tener un inicio algo posterior al del trastorno autista, o por lo menos es reconocido algo después. El retraso motor o la torpeza motora pueden observarse durante el período preescolar. Las deficiencias en la interacción social pueden ponerse de manifiesto en el contexto de la vida escolar. Durante esta época es cuando pueden aparecer o reconocerse como tales los peculiares intereses circunscritos o idiosincrásicos (p. ej., fascinación por los horarios de trenes). En la vida adulta, los sujetos con este trastorno pueden experimentar problemas relacionados con la empatía y la modulación de la interacción social. Aparentemente, este trastorno sigue un curso continuo y, en la mayor parte de los casos, se prolonga durante toda la vida.

Patrón familiar

Aunque los datos disponibles son limitados, parece darse una mayor frecuencia de trastorno de Asperger entre los familiares de los sujetos afectados por el trastorno.

Diagnóstico diferencial

El trastorno de Asperger no se diagnostica si se cumplen criterios de otro **trastorno generalizado del desarrollo** o de **esquizofrenia**. Para el diagnóstico diferencial con el **trastorno autista**, véase la página 73. Para el diagnóstico diferencial con el **trastorno de Rett**, véase la página 76. Para el diagnóstico diferencial con el **trastorno desintegrativo infantil**, véase la página 78. El trastorno de Asperger también debe distinguirse del **trastorno obsesivo-compulsivo** y del **trastorno esquizoide de la personalidad**. El trastorno de Asperger y el trastorno obsesivo-compulsivo comparten unos patrones del comportamiento repetitivos y estereotipados. A diferencia del trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de Asperger se caracteriza por una alteración cualitativa de la interacción social y un patrón de intereses y actividades más restrictivo. A diferencia del trastorno esquizoide de la personalidad, el trastorno de Asperger se

caracteriza por comportamientos e intereses estereotipados y por una interacción social más gravemente afectada.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y la CIE-10 proponen criterios y códigos diagnósticos prácticamente iguales. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de síndrome de Asperger.

■ Criterios para el diagnóstico de F84.5 Trastorno de Asperger [299.80]

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - (1) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
 - (2) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
 - (3) ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
 - (4) ausencia de reciprocidad social o emocional
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:
 - (1) preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
 - (2) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
 - (3) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - (4) preocupación persistente por partes de objetos
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (incluyendo autismo atípico) [299.80]

Esta categoría debe utilizarse cuando existe una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal, o cuando hay comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico, esquizofrenia, trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación. Por ejemplo, esta categoría incluye el «autismo atípico»: casos que no cumplen los criterios de trastorno autista por una edad de inicio posterior, una sintomatología atípica o una sintomatología subliminal, o por todos estos hechos a la vez.

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar (Criterio A). Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los 7 años de edad. Sin embargo, bastantes sujetos son diagnosticados habiendo estado presentes los síntomas durante varios años (Criterio B). Algún problema relacionado con los síntomas debe producirse en dos situaciones por lo menos (p. ej., en casa y en la escuela o en el trabajo) (Criterio C). Debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo (Criterio D). El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad) (Criterio E).

Las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales. Los sujetos afectados de este trastorno pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos (Criterio A1a). El trabajo suele ser sucio y descuidado y realizado sin reflexión. Los sujetos suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla (Criterio A1b). A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran lo que se está diciendo (Criterio A1c). Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada a otra. Los sujetos diagnosticados con este trastorno pueden iniciar una tarea, pasar a otra, entonces dedicarse a una tercera, sin llegar a completar ninguna de ellas. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes, y no llegan a completar tareas escolares, encargos u otros deberes (Criterio A1d). Para establecer este diagnóstico, la incapacidad para completar tareas sólo debe tenerse en cuenta si se debe a problemas de atención y no a otras posibles razones (p. ej., incapacidad para comprender instrucciones). Estos sujetos suelen tener dificultades para organizar tareas y actividades (Criterio A1e). Las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido son experimentadas como desagradables y sensiblemente aversivas. En conse-

cuencia, estos sujetos evitan o experimentan un fuerte disgusto hacia actividades que exigen una dedicación personal y un esfuerzo mental sostenidos o que implican exigencias organizativas o una notable concentración (p. ej., tareas domésticas o tareas de papel y lápiz) (Criterio A1f). Esta evitación debe estar causada por las deficiencias del sujeto relativas a la atención y no por una actitud negativista primaria, aunque también puede existir un negativismo secundario. Los hábitos de trabajo suelen estar desorganizados y los materiales necesarios para realizar una tarea acostumbran a estar dispersos, perdidos o tratados sin cuidado y deteriorados (Criterio A1g). Los sujetos que sufren este trastorno se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes e interrumpen frecuentemente las tareas que están realizando para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados sin problemas por los demás (p. ej., el ruido de un automóvil, una conversación lejana) (Criterio A1h). Suelen ser olvidadizos en lo que concierne a actividades cotidianas (p. ej., olvidan citas, olvidan llevarse el bocadillo) (Criterio A1i). En situaciones sociales, los déficits de atención pueden expresarse por cambios frecuentes en la conversación, no escuchar a los demás, no atender las conversaciones y no seguir los detalles o normas de juegos o actividades.

La hiperactividad puede manifestarse por estar inquieto o retorciéndose en el asiento (Criterio A2a) (no permaneciendo sentado cuando se espera que lo haga así) (Criterio A2b), por un exceso de correr o saltar en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo (Criterio A2c), experimentando dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio (Criterio A2d), aparentando estar a menudo «en marcha» o como si «tuviera un motor» (Criterio A2e), o hablando excesivamente (Criterio A2f). La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo del sujeto; el diagnóstico debe establecerse con cautela en niños pequeños. Los niños pequeños y preescolares con este trastorno difieren de los niños pequeños normalmente activos por estar constantemente en marcha y tocarlo todo; se precipitan a cualquier sitio, salen de casa antes de ponerse el abrigo, se suben o saltan sobre un mueble, corren por toda la casa y experimentan dificultades para participar en actividades sedentarias de grupo en las clases preescolares (p. ej., para escuchar un cuento). Los niños de edad escolar despliegan comportamientos similares, pero usualmente con menos frecuencia que los más pequeños. Tienen dificultades para permanecer sentados, se levantan a menudo, se retuercen en el asiento o permanecen sentados en su borde. Trajinan objetos, dan palmadas y mueven sus pies o piernas excesivamente. A menudo se levantan de la mesa durante las comidas, mientras miran la televisión o durante la realización de tareas escolares. Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas. En los adolescentes y adultos, los síntomas de hiperactividad adoptan la forma de sentimientos de inquietud y dificultades para dedicarse a actividades sedentarias tranquilas.

La impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas (Criterio A2g), dificultad para esperar un turno (Criterio A2h), e interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales (Criterio A2i). Los sujetos afectados de este trastorno típicamente hacen comentarios fuera de lugar, no atienden las normas que se les dan, inician conversaciones en momentos inadecuados, interrumpen a los demás excesivamente, se inmiscuyen en los asuntos de los demás, se apropian objetos de otros, tocan cosas que no debieran, hacen payasadas. La impulsividad puede dar lugar a accidentes (p. ej., golpearse con objetos, golpear a otras personas, agarrar una cazuela caliente) y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias (p. ej., patinar en un terreno abrupto).

Las manifestaciones comportamentales suelen producirse en múltiples contextos, que incluyen el hogar, la escuela, el trabajo y las situaciones sociales. Para establecer el diagnóstico, se precisa que exista alguna alteración en por lo menos dos de tales situaciones (Criterio C). Es muy poco frecuente que un sujeto despliegue el mismo nivel de disfunción en todas partes o permanentemente en una misma situación. Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínse-

cos (p. ej., escuchar al maestro en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos, o trabajar en tareas monótonas o repetitivas). Los signos del trastorno pueden ser mínimos o nulos cuando la persona en cuestión se halla bajo un control muy estricto, en una situación nueva, dedicada a actividades especialmente interesantes, en una situación de relación personal de uno a uno (p. ej., en el despacho del clínico) o mientras experimenta gratificaciones frecuentes por el comportamiento adecuado. Los síntomas tienden a producirse con más frecuencia en situaciones de grupo (p. ej., en grupos de juego, clases o ambientes laborales). Por consiguiente, el clínico debe investigar el comportamiento del sujeto en distintas circunstancias dentro de cada situación.

Subtipos

Aunque la mayor parte de los individuos tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad-impulsividad, en algunos predomina uno u otro de estos patrones. El subtipo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]. Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención y 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad. La mayor parte de los niños y adolescentes con este trastorno se incluyen en el tipo combinado. No se sabe si ocurre lo mismo con los adultos afectados de este trastorno.

F98.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]. Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de desatención (pero menos de 6 síntomas de hiperactividad-impulsividad).

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]. Este subtipo debe utilizarse si han persistido por lo menos durante 6 meses 6 (o más) síntomas de hiperactividad-impulsividad (pero menos de 6 síntomas de desatención).

Procedimiento de tipificación

Algunos sujetos que en un primer estadio del trastorno presentaban el tipo con predominio de déficit de atención o el tipo con predominio hiperactivo-impulsivo pueden llegar a desarrollar el tipo combinado y viceversa. El subtipo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse a partir del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses. Si se mantienen síntomas clínicamente significativos, pero ya no se cumplen los criterios de ninguno de los subtipos, el diagnóstico apropiado es el de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en remisión parcial. Cuando los síntomas de un sujeto no cumplen actualmente todos los criterios del trastorno y no queda claro si tales criterios se cumplían con anterioridad, debe diagnosticarse un trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Las características asociadas varían en función de la edad y del estado evolutivo, pudiendo incluir baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que

se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, desmoralización, disforia, rechazo por parte de compañeros y baja autoestima. Con frecuencia, el rendimiento académico está afectado y devaluado, lo que conduce típicamente a conflictos con la familia y el profesorado. La inadecuada dedicación a tareas que requieren un esfuerzo sostenido suele interpretarse por los demás como pereza, escaso sentimiento de responsabilidad y comportamiento oposicionista. Las relaciones familiares acostumbran a caracterizarse por resentimientos y antagonismos, especialmente a causa de la variabilidad de las características sintomáticas, lo que facilita la creencia de que toda el comportamiento anómalo es voluntario. Los sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad pueden alcanzar niveles académicos inferiores a los obtenidos por sus compañeros y conseguir rendimientos laborales inferiores. Su desarrollo intelectual, verificado por tests de CI individuales, parece ser algo inferior al de los otros niños. En su forma grave, el trastorno es muy perturbador, afectando la adaptación social, familiar y escolar. Una sustancial proporción de niños atendidos en centros clínicos a causa de su trastorno por déficit de atención con hiperactividad sufren también un trastorno negativista desafiante o un trastorno disocial. En los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede presentarse una elevada prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje y trastornos de la comunicación. No es raro este trastorno entre sujetos con trastorno de la Tourette; cuando coexisten ambos, el inicio del trastorno por déficit de atención con hiperactividad suele preceder al inicio del trastorno de la Tourette. Puede haber una historia infantil de maltrato o abandono, diferentes situaciones de adopción o acogida, exposición a neurotóxicos (p. ej., envenenamiento por plomo), infecciones (p. ej., encefalitis), exposición *in utero* a fármacos, escaso peso en el nacimiento y retraso mental.

Hallazgos de laboratorio. No hay pruebas de laboratorio que hayan sido establecidas como diagnósticas en la evaluación clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En algunos grupos de sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad se ha observado que ciertas pruebas que requieren procesamiento mental persistente ponen de manifiesto rendimientos anómalos en comparación con sujetos de control, pero todavía no está definido qué déficit cognoscitivo fundamental es responsable de este fenómeno.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. No existen características físicas específicas asociadas al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, aunque pueden producirse algunas anomalías físicas menores (p. ej., hipertelorismo, paladar ojival, implantación baja de los pabellones auditivos) con una frecuencia superior a la observada en la población general. También puede darse una frecuencia superior de lesiones físicas (accidentes).

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Se sabe que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad ocurre en distintas culturas, con variaciones en su prevalencia entre distintos países occidentales, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son distintas, y no a consecuencia de diferencias en la presentación clínica del cuadro.

Es especialmente difícil establecer este diagnóstico en niños de edad inferior a los 4 o 5 años, porque su comportamiento característico es mucho más variable que el de los niños de más edad, pudiendo incluir características similares a los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Además, ciertos síntomas de desatención en niños pequeños o preescolares no suelen observarse con facilidad, puesto que dichos niños habitualmente experimentan pocas exigencias de atención sostenida. Sin embargo, incluso la atención de los pequeños puede mantenerse con cierta persistencia en algunas situaciones (p. ej., el niño promedio de 2 o 3 años de edad típicamente puede sentarse junto a un adulto y mirar los grabados de un libro). Por el contrario, los pe-

queños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad se mueven excesivamente y suelen ser difíciles de contener y controlar. En el caso de un niño pequeño, para asegurar la obtención de un cuadro clínico completo es útil interrogar acerca de comportamientos muy distintos. A medida que los niños maduran, los síntomas tienden a ser menos conspicuos. En el último período de la infancia y el inicio de la adolescencia son menos frecuentes los signos de actividad motora excesiva (p. ej., correr y saltar en exceso, no permanecer sentado), de modo que los síntomas de hiperactividad pueden limitarse a inquietud motora o a un sentimiento interno de desazón. En niños de edad escolar, los síntomas de desatención afectan las tareas en clase y el rendimiento académico. Los síntomas impulsivos también pueden dar lugar a alteraciones de las normas familiares e interpersonales y escolares, especialmente en la adolescencia. En la vida adulta la inquietud motora puede dar lugar a dificultades para participar en actividades sedentarias, así como a la evitación de pasatiempos y ocupaciones que permitan pocas oportunidades para el movimiento espontáneo (p. ej., tareas de despacho).

El trastorno es mucho más frecuente en varones que en mujeres, con proporciones varón a mujer que oscilan entre 4:1 y 9:1 (en función de si la población es general o clínica).

Prevalencia

Se estima que la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad se sitúa en el 3 y el 5 % en los niños de edad escolar. Los datos de su prevalencia en la adolescencia y la vida adulta son imprecisos.

Curso

La mayor parte de los padres observan por primera vez la actividad motora excesiva cuando sus hijos son pequeños, coincidiendo frecuentemente con el desarrollo de la locomoción independiente. Sin embargo, puesto que muchos niños pequeños sobreactivos no llegan a desarrollar un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es preciso ser cautelosos al establecer este diagnóstico en los primeros años de la vida. Habitualmente, el trastorno es diagnosticado por vez primera los años de enseñanza elemental, cuando queda afectada la adaptación escolar. En la mayoría de los casos visitados en centros clínicos, el trastorno se mantiene relativamente estable a lo largo de los primeros años de la adolescencia. En muchos sujetos los síntomas se atenúan a medida que avanza la adolescencia y durante la vida adulta, aunque una minoría experimenta el cuadro sintomático completo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en plena edad adulta. Otros adultos pueden mantener sólo algunos de los síntomas, en cuyo caso debe utilizarse el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en remisión parcial. Este diagnóstico se aplica a sujetos que ya no sufren el trastorno completo, pero que todavía presentan algunos síntomas que causan alteraciones funcionales.

Patrón familiar

Se ha observado que el déficit por trastorno de atención con hiperactividad es más frecuente en los familiares biológicos en primer grado de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los estudios realizados también sugieren la existencia de una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje, trastornos relacionados con sustancias y trastorno antisocial de la personalidad en miembros de la familia de personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Diagnóstico diferencial

Durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad de ciertos **comportamientos propios de la edad en niños activos** (p. ej., correr sin cesar o actuar ruidosamente).

En niños con CI bajo situados en centros académicos inadecuados para su capacidad intelectual son frecuentes los síntomas de desatención. Estos comportamientos deben distinguirse de signos similares en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En niños con **retraso mental** debe establecerse un diagnóstico adicional de trastorno por déficit de atención con hiperactividad sólo si los síntomas de desatención o hiperactividad son excesivos para la edad mental del niño. También puede observarse desatención en el aula cuando niños de elevada inteligencia están situados en **ambientes académicamente poco estimulantes**. Debe distinguirse asimismo el trastorno por déficit de atención con hiperactividad de la dificultad experimentada en comportamientos dirigidos a un objetivo por niños pertenecientes a ambientes inadecuados, desorganizados o caóticos. Los datos suministrados por distintos informadores (p. ej., «canguros», abuelos, o padres de otros niños) son útiles en cuanto que suministran una confluencia de observaciones concernientes a la desatención, hiperactividad y capacidad del niño para autorregularse adecuadamente en distintas situaciones.

Los sujetos con **comportamiento negativista** pueden resistirse a realizar tareas laborales o escolares que requieren dedicación personal a causa de su renuencia a aceptar las exigencias de otros. Estos síntomas deben diferenciarse de la evitación de tareas escolares observadas en sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El diagnóstico diferencial puede complicarse cuando algunos sujetos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentan secundariamente actitudes negativistas hacia dichas tareas y devalúan su importancia, a menudo como una racionalización de su fracaso.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad no se diagnostica si los síntomas se explican mejor por la presencia de **otro trastorno mental** (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, cambio de personalidad debido a una enfermedad médica o un trastorno relacionado con sustancias). En todos estos trastornos, los síntomas de desatención tienen típicamente un inicio posterior a los 7 años de edad, y en general la historia infantil de adaptación escolar no se caracteriza por comportamiento perturbador o por quejas de los maestros concernientes a un comportamiento desatento, hiperactivo o impulsivo. Cuando coexiste un trastorno del estado de ánimo o un trastorno de ansiedad con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, debe diagnosticarse cada uno de ellos. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad no se diagnostica si los síntomas de desatención e hiperactividad se producen exclusivamente durante el curso de un **trastorno generalizado del desarrollo** o un **trastorno psicótico**. Los síntomas de desatención, hiperactividad o impulsividad relacionados con el uso de medicaciones (p. ej., broncodilatadores, isoniácida, acatisia por neurolépticos) en niños menores de 7 años no se diagnostican como trastorno por déficit de atención con hiperactividad, sino que se diagnostican como **trastorno relacionado con otras sustancias no especificado**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de este trastorno son casi idénticos a los Criterios de Investigación de la CIE-10, pero no así los códigos diagnósticos, ya que la CIE-10 define unas categorías más estrictas. Mientras que el diagnóstico del DSM-IV requiere seis síntomas de inatención o bien seis de hiperactividad/impulsividad, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren al menos seis síntomas de inatención, al menos tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad. En vez de subtipificar el trastorno sobre la base del tipo predomi-

nante, la CIE-10 subespecifica esta entidad en función del posible cumplimiento de los criterios diagnósticos de un trastorno disocial. En la CIE-10, este trastorno se denomina trastorno de la actividad y la atención, y viene recogido dentro del grupo de trastornos hiperkinéticos.

■ Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

A. (1) o (2):

- (1) seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
 - (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
 - (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
 - (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
 - (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
 - (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
 - (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
 - (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
 - (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias
- (2) seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (continuación)

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
 - (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
 - (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en «remisión parcial».

F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado [314.9]

Esta categoría incluye trastornos con síntomas prominentes de desatención o hiperactividad-impulsividad que no satisfacen los criterios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

F91.8 Trastorno disocial (*Conduct disorder*) [312.8]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno disocial es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto (Criterio A). Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos: comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza con él a otras personas o animales (Criterios A1-A7), comportamiento no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad (Criterios A8-A9), fraudes o robos (Criterios A10-A12) y violaciones graves de las normas (Criterios A13-A15). Tres (o más) comportamientos característicos deben haber aparecido durante los últimos 12 meses y por lo menos un comportamiento se habrá dado durante los últimos 6 meses. El trastorno del comportamiento provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral (Criterio B). El trastorno disocial puede diagnosticarse en individuos mayores de 18 años, pero sólo si se cumplen los criterios de trastorno antisocial de la personalidad (Criterio C). El patrón de comportamiento suele presentarse en distintos contextos como el hogar, la escuela o la comunidad. Puesto que los sujetos con trastorno disocial tienden a minimizar sus problemas comportamentales, el clínico con frecuencia debe fiarse de otros informadores. Sin embargo, el conocimiento que el informador tiene de los problemas comportamentales del niño puede estar limitado por una supervisión inadecuada o porque el niño no los haya revelado.

Los niños o adolescentes con este trastorno suelen iniciar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente ante otros. Pueden desplegar un comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidatorio (Criterio A1); iniciar peleas físicas frecuentes (Criterio A2); utilizar un arma que puede provocar daño físico grave (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, o pistola) (Criterio A3); ser cruel físicamente con personas (Criterio A4) o animales (Criterio A5); robar enfrentándose a una víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión o robo a mano armada) (Criterio A6); o forzar a otro a una actividad sexual (Criterio A7). La violencia física puede adoptar la forma de violación, asalto o, en raros casos, homicidio.

La destrucción deliberada de la propiedad de otras personas es un hecho característico de este trastorno y puede incluir el prender fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves (Criterio A8) o destruir deliberadamente la propiedad de otras personas de distintos modos (p. ej., romper vidrios de automóviles, vandalismo en la escuela) (Criterio A9).

Los fraudes o robos son frecuentes y pueden incluir el violentar el piso, la casa, o el automóvil de otra persona (Criterio A10); a menudo los sujetos mienten o rompen promesas con el fin de obtener bienes o favores, o evitar deudas u obligaciones (p. ej., «timar» a otros) (Criterio A11); o roban objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, falsificaciones) (Criterio A12).

Característicamente, los sujetos que presentan este trastorno incurren también en violaciones graves de las normas (p. ej., escolares, familiares). Los niños con este trastorno y antes de los 13 años de edad, permanecen fuera de casa en horas nocturnas a pesar de las prohibiciones de sus padres (Criterio A13). Pueden existir fugas de casa durante la noche (Criterio A14). Para que sea considerado como síntoma de trastorno disocial la fuga debe haber ocurrido por lo menos dos veces (o sólo una vez si el sujeto no regresó durante un período de tiempo prolongado). Los episodios de fuga que ocurren como consecuencia directa de abuso físico o sexual no se califican típicamente en este criterio. Los niños con este trastorno pueden hacer novillos en la escuela con frecuencia, iniciándolos antes de los 13 años de edad (Criterio A15). En sujetos mayores de este comportamiento se manifiesta con frecuencia con ausencias del trabajo sin razones que lo justifiquen.

Subtipos

En función de la edad del inicio del trastorno se han establecido dos subtipos de trastorno disocial (tipo de inicio infantil y tipo de inicio adolescente). Los subtipos difieren en cuanto a la naturaleza característica de los problemas de comportamiento que presentan, curso evolutivo y pronóstico, y proporción por sexos. Ambos subtipos pueden presentarse de manera leve, moderada o grave. Al evaluar la edad de inicio, la información debe obtenerse preferentemente del interesado y de sus cuidadores. Puesto que muchos de los comportamientos permanecen a veces ocultos, los cuidadores pueden exponer menos síntomas de los reales y sobreestimar la edad de inicio.

Tipo de inicio infantil. Este subtipo se define por el inicio de por lo menos una característica de trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Los sujetos con el tipo de inicio infantil suelen ser varones, frecuentemente despliegan violencia física sobre los otros, tienen unas relaciones problemáticas con sus compañeros, pueden haber manifestado un trastorno negativista desafiante durante su primera infancia y usualmente presentan síntomas que satisfacen todos los criterios de trastorno disocial antes de la pubertad. Estos sujetos tienden a experimentar un trastorno disocial persistente y a desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en la época adulta más a menudo que los sujetos con un tipo de inicio adolescente.

Tipo de inicio adolescente. Este subtipo se define por la ausencia de características de trastorno disocial antes de los 10 años de edad. Comparados con los sujetos con el tipo de inicio infantil, tienden menos a desplegar comportamientos agresivos y a tener más relaciones normativas con compañeros (aunque frecuentemente plantean problemas de comportamiento en compañía de otros). Estos sujetos son menos propensos a sufrir un trastorno disocial persistente o a desarrollar en la vida adulta un trastorno antisocial de la personalidad. La proporción de varones a mujeres con trastorno disocial es inferior en el tipo de inicio adolescente que en el tipo de inicio infantil.

Especificaciones de gravedad

Leve. Son muy pocos o ninguno los problemas comportamentales que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, y estos problemas causan a otros daños relativamente pequeños (p. ej., mentir, hacer novillos, estar fuera de casa de noche sin permiso).

Moderado. El número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre «leve» y «grave» (p. ej., robos sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).

Grave. Hay muchos problemas de comportamiento que exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico, o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otras personas (p. ej., violación, crueldad física, uso de armas, robos con enfrentamientos con la víctima, destrozos y allanamientos).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los sujetos con trastorno disocial pueden tener escasa empatía y poca preocupación por los sentimientos, los deseos y el bienestar de los otros. Especialmente en situaciones ambiguas, los sujetos agresivos afectados de este trastorno frecuentemente perciben mal las intenciones de los otros, interpretándolas como más hostiles y amenazadoras de lo que lo son en realidad, respondiendo con agresiones que en tal caso consideran razonables y justificadas. Pueden ser insensibles, careciendo de sentimientos apropia-

dos de culpa o remordimiento. A veces es difícil evaluar si el remordimiento experimentado es genuino, puesto que estos sujetos aprenden que la manifestación de culpa puede reducir o evitar el castigo. Los sujetos con trastorno disocial pueden estar dispuestos a dar informaciones acerca de sus compañeros e intentan acusar a otros de sus propias fechorías. La autoestima es usualmente baja, aunque el sujeto puede proyectar una imagen de «dureza». Escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos emocionales e imprudencia son características frecuentemente asociadas. Las tasas de accidentes parecen ser superiores en los sujetos con trastorno disocial en comparación con otros que no padecen este trastorno.

El trastorno disocial suele asociarse a un inicio temprano de la actividad sexual, beber, fumar, consumir sustancias ilegales e incurrir en actos temerarios y peligrosos. El consumo de sustancias ilegales puede incrementar el riesgo de persistencia del trastorno disocial. Los comportamientos propios del trastorno disocial pueden dar lugar a suspensiones o expulsiones escolares, problemas en la adaptación laboral, conflictos legales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y lesiones físicas producidas en accidentes o peleas. Estos problemas pueden impedir la asistencia a escuelas ordinarias o vivir con los padres o en un hogar adoptivo. La idea-ción suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan con una frecuencia superior a la esperable. El trastorno disocial puede asociarse a un nivel intelectual inferior al promedio. El rendimiento académico, especialmente en lectura y otras habilidades verbales, suele situarse por debajo del nivel esperado en función de la edad e inteligencia del sujeto, pudiendo justificar el diagnóstico adicional de trastorno del aprendizaje o de la comunicación. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es frecuente en niños con trastorno disocial. El trastorno disocial también puede asociarse a uno o más de los siguientes trastornos mentales: trastornos del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias. Los siguientes factores predisponen al desarrollo de un trastorno disocial: rechazo y abandono por parte de los padres, temperamento infantil difícil, prácticas educativas incoherentes con disciplina dura, abusos físicos o sexuales, carencia de supervisión, primeros años de vida en instituciones, cambios frecuentes de cuidadores, familia numerosa, asociación a un grupo de compañeros delinquentes y ciertos tipos de psicopatología familiar.

Hallazgos de laboratorio. En algunos estudios se han observado una frecuencia cardíaca y una conductancia dérmica más bajas en sujetos con trastorno disocial que en otros sin este trastorno. Sin embargo, los niveles de activación (*arousal*) fisiológica no son diagnósticos de este trastorno.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Con cierta frecuencia se ha planteado la posibilidad de que el diagnóstico de trastorno disocial no se aplique correctamente a sujetos procedentes de ambientes donde los patrones de comportamiento indeseable son considerados a veces como protectores (p. ej., amenazas, pobreza, crimen). De acuerdo con la definición DSM-IV de trastorno mental, el diagnóstico de trastorno disocial sólo debe aplicarse cuando el comportamiento en cuestión sea sintomático de una disfunción subyacente del individuo y no constituya simplemente una reacción ante el contexto social inmediato. Además, los jóvenes inmigrantes procedentes de países arrasados por la guerra, que han vivido una historia de comportamientos agresivos quizá necesarios para su supervivencia en aquel contexto, no justifican necesariamente un diagnóstico de trastorno disocial. La consideración del contexto social y económico en que se hayan producido los comportamientos indeseables puede ser útil al clínico.

Los síntomas del trastorno varían con la edad a medida que el individuo desarrolla más fuerza física, aptitudes cognitivas y madurez sexual. Los comportamientos menos graves (p. ej., mentir, robar en tiendas, peleas físicas) tienden a aparecer en primer lugar, mientras que otros

(p. ej., robo con escalo) lo hacen con posterioridad. Típicamente, los problemas de comportamiento más graves (p. ej., violación, robo con enfrentamiento con la víctima) tienden a manifestarse en última instancia. Sin embargo, existen notables diferencias entre individuos, algunos de los cuales incurrir en los comportamientos más dañinos a una edad muy temprana.

El trastorno disocial, especialmente el de tipo infantil, es mucho más frecuente en varones. Las diferencias entre sexos también se observan en tipos específicos de problemas comportamentales. Los varones con diagnóstico de trastorno disocial incurrir frecuentemente en robos, peleas, vandalismo y problemas de disciplina escolar. Las mujeres con diagnóstico de trastorno disocial propenden a incurrir en mentiras, absentismo escolar, fugas, consumo de tóxicos y prostitución. Mientras que la agresión que implica un enfrentamiento pasional suele ser más desplegada por varones, las mujeres tienden a practicar más comportamientos que no entrañan confrontación.

Prevalencia

La prevalencia de trastorno disocial parece haberse incrementado durante las últimas décadas, pudiendo ser más elevada en los núcleos urbanos que en las zonas rurales. Las tasas varían ampliamente en función de la naturaleza de la población estudiada y los métodos de análisis: en los varones de edad inferior a 18 años las tasas oscilan entre el 6 y el 16 %; en las mujeres las tasas se mueven entre el 2 y el 9 %. El trastorno disocial es uno de los más frecuentemente diagnosticados en los centros de salud mental para niños tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización.

Curso

El inicio del trastorno disocial puede producirse hacia los 5 o 6 años de edad, pero usualmente se observa al final de la infancia o al inicio de la adolescencia. Es muy raro que comience después de los 16 años de edad. El curso del trastorno disocial es variable. En una mayoría de sujetos el trastorno remite en la vida adulta. Sin embargo, una proporción sustancial continúa manifestando en la etapa adulta comportamientos que cumplen criterios de trastorno antisocial de la personalidad. Muchos sujetos con trastorno disocial, particularmente los del tipo de inicio adolescente y quienes presentan síntomas leves y escasos, alcanzan en la vida adulta una adaptación social y laboral adecuada. Un inicio precoz predice un pronóstico peor y un riesgo creciente en la vida adulta de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad y trastornos por consumo de sustancias. Los individuos con trastorno disocial corren el riesgo de experimentar posteriormente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y trastornos por consumo de sustancias.

Patrón familiar

Los estudios sobre gemelos y adopciones demuestran que el trastorno disocial cuenta con componentes tanto genéticos como ambientales. El riesgo de trastorno disocial aumenta en niños con un padre biológico o adoptivo con trastorno antisocial de la personalidad o con un hermano afecto de trastorno disocial. El trastorno también parece ser más frecuente en hijos de padres biológicos con dependencia del alcohol, trastornos del estado de ánimo o esquizofrenia, o de padres biológicos con historia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de trastorno disocial.

Diagnóstico diferencial

Aunque el **trastorno negativista desafiante** incluye algunas de las características observadas en el trastorno disocial (p. ej., desobediencia y oposición a las figuras de autoridad), no incluye el patrón persistente de las formas de comportamiento más graves, que implican la violación de los derechos básicos de otras personas o de las normas sociales propias de la edad del sujeto. Cuando el patrón comportamental del sujeto satisface los criterios tanto de trastorno disocial como de trastorno negativista desafiante, el diagnóstico de trastorno disocial debe ocupar el lugar preferente y el trastorno negativista desafiante no debe diagnosticarse.

Aunque los niños con **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** suelen exhibir un comportamiento hiperactivo e impulsivo que puede ser perturbador, este comportamiento no viola por sí mismo las normas sociales propias de la edad y, por consiguiente, no suele cumplir los criterios de trastorno disocial. Cuando se cumplen simultáneamente los criterios de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de trastorno disocial, deben establecerse ambos diagnósticos.

La irritabilidad y los problemas comportamentales suelen ocurrir en niños o adolescentes con un **episodio maníaco**. Normalmente se distinguen del patrón de problemas comportamentales propio del trastorno disocial por el curso episódico y las características sintomáticas acompañantes de un episodio maníaco. Si se cumplen los criterios de ambos trastornos, deben registrarse tanto el diagnóstico de trastorno disocial como el de trastorno bipolar I.

El diagnóstico de **trastorno adaptativo** (con alteración del comportamiento o con alteración mixta de las emociones y el comportamiento) debe ser tenido en cuenta si los problemas comportamentales clínicamente significativos que no satisfacen los criterios de otro trastorno específico se desarrollan en clara asociación con el inicio de un estrés psicosocial. Algunos problemas de comportamiento aislados que no cumplen criterios de trastorno disocial ni de trastorno adaptativo pueden codificarse como **comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia** (v. «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica», página 699). El trastorno disocial sólo se diagnostica si los problemas comportamentales representan un patrón repetitivo y persistente que se asocia a alteraciones de la actividad social, académica o laboral.

En los sujetos con más de 18 años de edad sólo se aplicará un diagnóstico de trastorno disocial si el trastorno no cumple también criterios de **trastorno antisocial de la personalidad**. El diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad no puede atribuirse a sujetos de menos de 18 años.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Aunque de formato diferente, los criterios diagnósticos del DSM-IV y de la CIE-10 para el trastorno disocial resultan casi idénticos.

| |
|---|
| <p>■ Criterios para el diagnóstico de F91.8 Trastorno disocial [312.8]</p> <p>A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:</p> <p style="text-align: right;"><i>(continúa)</i></p> |
|---|

Criterios para el diagnóstico de F91.8 Trastorno disocial [312.8]
(continuación)

Agresión a personas y animales

- (1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
- (2) a menudo inicia peleas físicas
- (3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
- (4) ha manifestado crueldad física con personas
- (5) ha manifestado crueldad física con animales
- (6) ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
- (7) ha forzado a alguien a una actividad sexual

Destrucción de la propiedad

- (8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
- (9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

Fraudulencia o robo

- (10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
- (11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, «tíma» a otros)
- (12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

Violaciones graves de normas

- (13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
- (14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
- (15) suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

- B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F91.8 Trastorno disocial [312.8]
(continuación)

Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

Especificar la gravedad:

Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros

Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre «leves» y «graves»

Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno negativista desafiante es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses (Criterio A) y se caracteriza por la frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos: accesos de cólera (Criterio A1), discusiones con adultos (Criterio A2), desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos (Criterio A3), llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas (Criterio A4), acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento (Criterio A5), ser quisquilloso o sentirse fácilmente moleestado por otros (Criterio A6), mostrarse iracundo y resentido (Criterio A7) o ser rencoroso o vengativo (Criterio A8). Para calificar el trastorno negativista desafiante, los comportamientos deben aparecer con más frecuencia de la típicamente observada en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables, y deben producir deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral (Criterio B). No se establece el diagnóstico si el trastorno del comportamiento aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo (Criterio C), o si se cumplen criterios de trastorno disocial o de trastorno antisocial de la personalidad (en un sujeto mayor de 18 años).

Los comportamientos negativistas y desafiantes se expresan por terquedad persistente, resistencia a las órdenes y renuencia a comprometerse, ceder o negociar con adultos o compañeros. Las provocaciones también pueden incluir la comprobación deliberada o persistente de los límites establecidos, usualmente ignorando órdenes, discutiendo o no aceptando el ser acusado por los propios actos. La hostilidad puede dirigirse a los adultos o a los compañeros y se manifiesta molestando deliberadamente a los otros o agredéndolos verbalmente (normalmente, sin las agresiones físicas más serias que se observan en el trastorno disocial). El trastorno se manifiesta casi invariablemente en el ambiente familiar, pudiendo no ponerse de manifiesto en la escuela ni en la comunidad. Los síntomas del trastorno suelen ser más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a quienes el sujeto conoce bien, y, por lo tanto, pueden no manifestarse durante la exploración clínica. Normalmente los sujetos con este trastorno no se consideran a sí mismos negativistas ni desafiantes, sino que justifican su comportamiento como una respuesta a exigencias o circunstancias no razonables.

Síntomas y trastornos asociados

Los síntomas y trastornos asociados varían en función de la edad del sujeto y de la gravedad del trastorno. Se ha observado que en los varones el trastorno es más prevalente entre quienes, durante los años escolares, tienen temperamentos problemáticos (p. ej., reactividad elevada, dificultad para tranquilizarse) o una gran actividad motora. Durante los años escolares puede haber baja autoestima, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, utilización de palabras soeces y un consumo precoz de alcohol, tabaco o sustancias ilegales. Son frecuentes los conflictos con padres, profesores y compañeros. Puede establecerse un círculo vicioso en que el padre y el niño pongan de manifiesto lo peor de cada uno. El trastorno negativista desafiante es más prevalente en familias donde los cuidados del niño quedan perturbados por la sucesión de distintos cuidadores o en familias en que las prácticas educativas son duras, incoherentes o negligentes. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es común en niños con trastorno negativista desafiante. Los trastornos del aprendizaje y los trastornos de la comunicación también tienden a asociarse a este trastorno.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

Puesto que en los niños preescolares y en los adolescentes son muy frecuentes comportamientos negativistas transitorios, es preciso ser cautos al establecer el diagnóstico de trastorno negativista desafiante, especialmente durante dichos períodos del desarrollo. El número de síntomas negativistas tiende a incrementarse con la edad. El trastorno es más prevalente en varones que en mujeres antes de la pubertad, pero probablemente las tasas se igualan más tarde. Los síntomas suelen ser similares en cada sexo, con la excepción de que los varones pueden incurrir en más comportamientos de confrontación y sus síntomas ser más persistentes.

Prevalencia

Se han hallado tasas de trastorno negativista desafiante situadas entre el 2 y el 16 %, en función de la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación.

Curso

El trastorno negativista desafiante suele ponerse de manifiesto antes de los 8 años de edad y en general no más tarde del inicio de la adolescencia. Los síntomas negativistas acostumbran a aflorar en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual, y suelen mantenerse a lo largo de meses o años. En una proporción significativa de casos el trastorno negativista desafiante constituye un antecedente evolutivo del trastorno disocial.

Patrón familiar

El trastorno negativista desafiante parece ser más frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno del estado de ánimo, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias. Además, algunos estudios sugieren que las madres con trastorno depresivo cuentan con más probabilidades de tener hijos con trastorno negativista, si bien no está claro en qué medida la depresión materna es el resultado del comportamiento negativista de los niños o su causa. El trastorno negativista desafiante es más frecuente en familias donde existen conflictos conyugales graves.

Diagnóstico diferencial

Los comportamientos perturbadores de los sujetos con trastorno negativista desafiante son de una naturaleza menos grave que las de sujetos con trastorno disocial y típicamente no incluyen agresiones hacia personas o animales, destrucción de propiedades ni un patrón de robos o fraudes. Puesto que todas las características del trastorno negativista desafiante suelen estar presentes en el **trastorno disocial**, el trastorno negativista desafiante no se diagnostica si se cumplen criterios de trastorno disocial. El trastorno negativista es una característica comúnmente asociada a **trastornos del estado de ánimo** y a **trastornos psicóticos** de niños y adolescentes y no debe ser diagnosticado separadamente si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico. Los comportamientos negativistas también pueden distinguirse del comportamiento perturbador resultante de la desatención y la impulsividad propias del **trastorno por déficit de atención con hiperactividad**. Cuando coexisten ambos trastornos, deben diagnosticarse los dos. En sujetos con **retraso mental** sólo se establece un diagnóstico de trastorno negativista desafiante cuando el comportamiento negativista es notablemente mayor que la habitualmente observada en sujetos de edad, sexo y gravedad del retraso mental comparables. El trastorno negativista desafiante también debe distinguirse de una incapacidad para seguir normas resultante de una **alteración de la comprensión del lenguaje** (p. ej., pérdida auditiva, trastorno del lenguaje receptivo-expresivo). El comportamiento negativista es una **característica típica de ciertos estadios del desarrollo** (p. ej., primera infancia y adolescencia). Sólo debe considerarse el diagnóstico de trastorno negativista desafiante si los comportamientos en cuestión aparecen más a menudo y tienen consecuencias más graves que las observadas típicamente en otros sujetos de nivel de desarrollo comparable, conduciendo a deterioro significativo de la actividad social académica o laboral. La aparición de comportamientos negativistas en la adolescencia puede deberse al proceso de individualización normal.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y la CIE-10 comparten idénticos criterios diagnósticos, pero difieren en sus condiciones diagnósticas. La definición de trastorno negativista desafiante que recoge la CIE-10 puede incluir casos mucho más graves, ya que hasta 2 de sus síntomas pueden extraerse de los criterios diagnósticos del trastorno disocial. En la CIE-10, el trastorno negativista desafiante se considera un subtipo más de trastorno disocial.

■ Criterios para el diagnóstico de F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81]

- A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:
- (1) a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
 - (2) a menudo discute con adultos
 - (3) a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
 - (4) a menudo molesta deliberadamente a otras personas
 - (5) a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
 - (6) a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81] (continuación)

- (7) a menudo es colérico y resentido
- (8) a menudo es rencoroso o vengativo

Nota. Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

- B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
- C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
- D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado [312.9]

Esta categoría incluye trastornos caracterizados por un comportamiento negativista desafiante que no cumple los criterios de trastorno disocial ni de trastorno negativista desafiante. Por ejemplo, incluye cuadros clínicos que no cumplen todos los criterios ni de trastorno negativista desafiante ni de trastorno disocial, pero en los que se observa deterioro clínicamente significativo.

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez

Los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez se caracterizan por alteraciones persistentes de la alimentación y la ingestión alimentaria propiamente dichas. Los trastornos específicos incluidos son: pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez. Nótese que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa han sido incluidas en la sección «Trastornos de la conducta alimentaria» (v. pág. 553).

F98.3 Pica [307.52]

Características diagnósticas

La característica esencial de la pica es una ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un período de por lo menos 1 mes (Criterio A). La sustancia típica ingerida tiende a variar con la edad. Los niños pequeños suelen comer pintura, yeso, cuerdas, cabellos o ropas.

Los niños de más edad pueden comer excrementos de animales, arena, insectos, hojas o guijarros. Adolescentes y adultos pueden ingerir tierra o estiércol. No hay aversión hacia los alimen-

tos. Este comportamiento debe ser inadecuado evolutivamente (Criterio B) y no formar parte de unas prácticas culturalmente sancionadas (Criterio C). La ingestión de sustancias no nutritivas es una característica asociada a otros trastornos mentales (p. ej., trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental). Si el comportamiento ingestivo aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental, sólo debe establecerse un diagnóstico separado de pica si el comportamiento ingestivo es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente (Criterio D).

Síntomas y trastornos asociados

La pica se asocia frecuentemente a retraso mental. Aunque en algunos casos se observan déficit de vitaminas o minerales, habitualmente no se hallan anomalías biológicas específicas. A veces la pica sólo llega a la consulta clínica cuando el sujeto experimenta alguna de las distintas complicaciones médicas que pueden resultar (p. ej., envenenamiento por plomo a consecuencia de ingerir pintura o yeso pintado, problemas mecánicos intestinales, obstrucción intestinal a consecuencia de tumoraciones producidas por bolas de cabello, perforación intestinal o infecciones como toxoplasmosis o toxocariasis a consecuencia de ingerir heces o basura). La pobreza, el abandono, la ausencia de supervisión por parte de los padres y el retraso del desarrollo aumentan el riesgo de adquirir este trastorno.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

En algunas culturas la ingestión de cieno o de otras sustancias aparentemente no nutritivas es considerada positivamente. La pica suele ser más frecuente en niños pequeños y ocasionalmente en mujeres embarazadas.

Prevalencia

Son muy escasos los datos epidemiológicos sobre la pica. El trastorno no suele diagnosticarse, pero no es raro entre niños preescolares. En sujetos con retraso mental la prevalencia del trastorno parece aumentar con la gravedad del retraso.

Curso

La pica puede tener su inicio en la infancia. En muchos casos, el trastorno probablemente persiste durante varios meses y a continuación remite. Ocasionalmente, puede prolongarse hasta la adolescencia o, con menos frecuencia, hasta la edad adulta. En sujetos con retraso mental el comportamiento en cuestión puede disminuir durante la vida adulta.

Diagnóstico diferencial

Aproximadamente antes de los 18-24 meses de edad, es relativamente frecuente la masticación y a veces la ingestión de sustancias no nutritivas, lo que no implica la presencia de pica. Sólo se diagnostica la pica cuando el comportamiento es realmente persistente (esto es, permanece por lo menos durante 1 mes) y resulta inapropiado dado el nivel de desarrollo del sujeto.

La ingestión de sustancias no nutritivas puede ocurrir en el transcurso de otros trastornos mentales (p. ej., en un **trastorno generalizado del desarrollo**, en la **esquizofrenia** como resultado de creencias delirantes, y en el **síndrome de Kleine-Levin**). En estos casos sólo debe establecerse un diagnóstico adicional de pica si el comportamiento ingestivo es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. La pica puede distinguirse de **otros trastornos de la conducta alimentaria** (p. ej., trastorno de rumiación, trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) por consumo de sustancias no nutritivas.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

A diferencia del DSM-IV, que permite efectuar el diagnóstico de pica en presencia de otro trastorno mental si es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente, en la CIE-10 esta coexistencia con otro trastorno mental, exceptuando si se trata de un retraso mental, excluye el diagnóstico de pica.

■ Criterios para el diagnóstico de F98.3 Pica [307.52]

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante un período de por lo menos 1 mes.
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas es inapropiada para el nivel de desarrollo.
- C. La conducta ingestiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.
- D. Si la conducta ingestiva aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., retraso mental, trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia) es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

F98.2 Trastorno de rumiación [307.53]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de rumiación es la regurgitación y nueva masticación repetidas de alimento que lleva a cabo un niño tras un período de funcionamiento normal y que dura por lo menos 1 mes (Criterio A). Hacen su aparición en la boca alimentos parcialmente digeridos sin que aparentemente se asocien a ello náuseas, arcadas, disgusto o alguna enfermedad gastrointestinal. Entonces, el alimento es arrojado de la boca o, más frecuentemente, masticado y vuelto a deglutir. Los síntomas no se deben a una enfermedad gastrointestinal asociada ni a otra enfermedad médica (p. ej., síndrome de Sandifer, reflujo esofágico) (Criterio B) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa. Si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un retraso mental o de un trastorno generalizado del

desarrollo, deben ser de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente (Criterio C). El trastorno se observa con mayor frecuencia en niños pequeños, pero puede verse en sujetos de más edad, particularmente con retraso mental. Los niños afectados de este trastorno asumen una postura característica, estirando y arqueando la espalda con la cabeza colgando hacia atrás, producen movimientos de succión con la lengua y dan la impresión de experimentar satisfacción con tal actividad.

Síntomas y trastornos asociados

Los niños con trastorno de rumiación se muestran generalmente irritables y hambrientos entre los episodios de regurgitación. Aunque el niño parece estar hambriento e ingiere grandes cantidades de alimento, puede haber malnutrición, porque la regurgitación tiene lugar inmediatamente después de la ingestión alimentaria. Puede haber pérdida de peso, ausencia de los aumentos ponderales esperados e incluso la muerte (se han descrito tasas de mortalidad hasta de un 25 %). La malnutrición parece ser menos frecuente en los niños mayores y los adultos, quienes pueden manifestar el trastorno de modo continuo o episódico. Ciertos problemas psicosociales, como falta de estimulación, abandono, situaciones vitales estresantes y problemas en las relaciones padres-niño, pueden constituir otros tantos factores predisponentes. Si el cuidador llega a desanimarse y a inhibirse a causa de unas experiencias alimentarias infructuosas o del desagradable olor del material regurgitado, puede producirse una estimulación insuficiente del niño. En algunos casos aparecen también un trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez. En niños mayores y en adultos el retraso mental constituye un factor predisponente.

Prevalencia

El trastorno de rumiación es muy poco frecuente y se observa más a menudo en varones que en mujeres.

Curso

El inicio de un trastorno de rumiación puede aparecer en el contexto de ciertos retrasos del desarrollo. La edad de inicio se sitúa entre los 3 y los 12 meses de edad, excepto en sujetos con retraso mental, en quienes el trastorno se puede iniciar en estadios del desarrollo algo posteriores. En los niños el trastorno suele remitir espontáneamente. Sin embargo, en algunos casos graves el curso es continuo.

Diagnóstico diferencial

En los niños, algunas **anomalías congénitas** (p. ej., estenosis pilórica o reflujo gastrointestinal) u **otras enfermedades médicas** (p. ej., infecciones del aparato digestivo) provocan regurgitación de alimentos y deben ser descartadas mediante la exploración física pertinente y las pruebas de laboratorio. La rumiación puede distinguirse de los **vómitos normales de la primera infancia** por el carácter aparentemente voluntario de la rumiación (p. ej., observación de movimientos preparatorios característicos seguidos de regurgitación y movimientos de succión o masticación que parecen resultar agradables). El trastorno de rumiación no se diagnostica si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de una **anorexia nerviosa** o una **bulimia nerviosa**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 recoge este trastorno del DSM-IV dentro de la definición del trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia y la niñez.

■ Criterios para el diagnóstico de F98.2 Trastorno de rumiación [307.53]

- A. Regurgitaciones y nuevas masticaciones repetidas de alimento durante un período de por lo menos 1 mes después de un período de funcionamiento normal.
- B. La conducta en cuestión no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p. ej., reflujo esofágico).
- C. La conducta no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o de una bulimia nerviosa. Si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un retraso mental o de un trastorno generalizado del desarrollo, son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez [307.59]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez es la incapacidad persistente para comer adecuadamente, lo que se pone de manifiesto por una incapacidad significativa para ganar peso o por una pérdida de peso significativa durante por lo menos 1 mes (Criterio A). No se acompaña de enfermedad digestiva ni de otra enfermedad médica (p. ej., reflujo esofágico) suficientemente grave para explicar el trastorno de la ingestión alimentaria (Criterio B). El trastorno alimentario no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de rumiación) o por simple no disponibilidad de alimentos (Criterio C). El inicio del trastorno ha de ser anterior a los 6 años de edad (Criterio D).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los niños con trastorno alimentario suelen ser especialmente irritables y difíciles de consolar durante las comidas. Pueden parecer apáticos y retraídos, y también pueden experimentar retrasos del desarrollo. En algunos casos, los problemas de la interacción padres-niño contribuyen al problema alimentario del niño o a exacerbarlo (p. ej., presentar inadecuadamente el alimento o responder al rechazo que el niño hace del alimento como si se tratara de una agresión). La ingestión calórica inadecuada puede exacerbar las características asociadas (p. ej., irritabilidad, detenciones del desarrollo) y además contribuir a las dificultades alimentarias. Ciertos factores propios del niño se asocian a veces al trastorno, entre los que se incluyen algunas deficiencias de la neuroregulación (p. ej., dificultades en

el sueño-vigilia, regurgitación frecuente, períodos de vigilancia impredecibles) y alteraciones preexistentes del desarrollo que hacen al niño menos susceptible a responder correctamente. Otros factores que pueden asociarse al trastorno son la psicopatología de los padres y el maltrato o abandono del niño.

Hallazgos de laboratorio. En el trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia pueden detectarse ciertos hechos no específicos asociados a la malnutrición (p. ej., anemia y albúmina plasmática y proteínas totales bajas).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Puede haber malnutrición que, en los casos graves, amenace la vida del sujeto afecto del trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

Cuanto más tardío es el inicio (p. ej., a los 2 o 3 años de edad más bien que en la infancia), tanto menos importantes son los retrasos del desarrollo y la malnutrición, aunque cabe observar retraso del crecimiento.

El trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez es tan frecuente en niños como en niñas.

Prevalencia

De todas las admisiones en hospitales pediátricos, el 1-5 % lo son por incapacidad para ganar el peso adecuado, y alrededor de la mitad de estos casos manifiestan alteraciones alimentarias sin ninguna enfermedad médica predisponente.

Curso

El trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez suele iniciarse durante el primer año de vida, pero también puede hacerlo a los 2 o 3 años de edad. La mayoría de los niños experimentan mejoras del crecimiento tras períodos de tiempo de longitud variable.

Diagnóstico diferencial

Durante la infancia son frecuentes problemas menores relacionados con la alimentación. El diagnóstico de trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez debe establecerse únicamente si el problema ingestivo provoca una incapacidad significativa para aumentar peso o se produce pérdida de peso.

Este trastorno no se diagnostica si las alteraciones alimentarias quedan mejor explicadas por una **enfermedad gastrointestinal endocrinológica o neurológica**. Los niños que sufren una enfermedad médica subyacente pueden ser más difíciles de alimentar, y en tales casos no debe establecerse el diagnóstico de trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez a menos que la alteración sea mucho más grave de lo esperado en función de la enfermedad médica únicamente. El diagnóstico queda confirmado si se producen mejoras de la alimentación y se gana peso en respuesta a un cambio de cuidadores.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La definición de este trastorno que propone la CIE-10 combina la conducta de rumiación con el fracaso persistente de la capacidad para comer de forma adecuada.

■ **Criterios para el diagnóstico de F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez [307.59]**

- A. Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos 1 mes.
- B. La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p. ej., reflujo esofágico).
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de rumiación) o por la no disponibilidad de alimentos.
- D. El inicio es anterior a los 6 años de edad.

Trastornos de tics

En este apartado se incluyen cuatro trastornos: trastorno de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios y trastorno de tics no especificado. Un *tic* es una vocalización o un movimiento motor súbito, rápido, recurrente, no rítmico, estereotipado. Se experimenta como irresistible, pero puede suprimirse durante períodos de tiempo variables. Todas las formas de tics pueden exacerbarse por estrés y atenuarse durante actividades absorbentes (p. ej., leer o coser). Habitualmente, los tics disminuyen de modo significativo durante el sueño. Tanto los tics motores como los vocales pueden clasificarse en simples o complejos, aunque el límite entre ambos no está bien definido. Los *tics motores simples* más frecuentes incluyen parpadear, sacudir el cuello, levantar los hombros, hacer muecas faciales y toser. Los *tics vocales simples* más frecuentes incluyen «aclamar» la garganta, gruñir, inspirar, resoplar, «ladrar». Los *tics motores complejos* más frecuentes incluyen gestos faciales, gestos relacionados con el aseo, saltar, tocar, pisotear y olfatear objetos. Los *tics vocales complejos* más habituales incluyen repetir palabras o frases fuera de contexto, coprolalia (uso de palabras socialmente inaceptables, a menudo obscenas), palilalia (repetición de los propios sonidos o palabras) y ecolalia (repetición del sonido, palabra o frase acabados de oír). Otros tics complejos incluyen ecocinesia (imitación de los movimientos de otra persona).

Diagnóstico diferencial

Los trastornos de tics deben distinguirse de otros tipos de **movimientos anormales que pueden acompañar a ciertas enfermedades médicas** (p. ej., enfermedad de Huntington, accidente vascular cerebral, síndrome de Lesch-Nyhan, enfermedad de Wilson, corea de Sydenham, escle-

rosis múltiple, encefalitis posvímica, traumatismo craneal) o pueden ser debidos a **efectos directos de una sustancia** (p. ej., una medicación neuroléptica). Los **movimientos coreiformes** son movimientos oscilantes, fortuitos, irregulares y no repetitivos. Los **movimientos distónicos** son movimientos giratorios, más lentos, separados por estados prolongados de tensión muscular. Los **movimientos atetósicos** son movimientos lentos, irregulares, de retorcimiento, que se observan más frecuentemente en los dedos de manos y pies, pero que suelen implicar también el rostro y el cuello. Los **movimientos mioclónicos** son contracciones musculares breves, en forma de sacudidas, que pueden afectar partes de músculos o grupos musculares, pero no de manera sinérgica. Los **movimientos hemibalísmicos** son movimientos de las extremidades de carácter unilateral, intermitente, tosco, de gran amplitud. Los **espasmos** son más lentos, estereotipados y más prolongados que los tics, implicando grupos musculares. El **espasmo hemifacial** consiste en sacudidas irregulares, repetitivas y unilaterales de los músculos faciales. Las **sincinesias** entrañan un movimiento involuntario que acompaña a otro voluntario (p. ej., movimiento de la comisura bucal cuando la persona intenta cerrar el ojo). Esta diferenciación queda facilitada al tomar en consideración la presencia de características propias de la enfermedad médica subyacente (p. ej., historia familiar típica de la enfermedad de Huntington) o una historia del uso de medicamentos.

Cuando los tics son un efecto fisiológico directo del consumo de un medicamento, en lugar de un trastorno de tics debe diagnosticarse un **trastorno del movimiento inducido por medicamentos no especificado**. En ciertos casos, algunas medicaciones (p. ej., metilfenidato) exacerbaban un trastorno de tics preexistente, en cuyo caso no es necesario establecer un diagnóstico diferencial de trastorno inducido por medicamentos.

Los tics también deben distinguirse de los movimientos estereotipados incluidos en el **trastorno por movimiento estereotipado** y en los **trastornos generalizados del desarrollo**. La diferenciación entre tics simples (p. ej., parpadeo) y movimientos complejos característicos de los movimientos estereotipados es tarea relativamente sencilla. Menos fácil es la distinción entre tics motores complejos y movimientos estereotipados. En general, los movimientos estereotipados parecen ser más motivados e intencionales, mientras que los tics tienen un carácter más involuntario y no son rítmicos. Los tics deben distinguirse de las **compulsiones** (como en el trastorno obsesivo-compulsivo). Las compulsiones suelen ser bastante complejas y se llevan a cabo en respuesta a una obsesión o de acuerdo con normas que deben aplicarse rígidamente. En contraste con las compulsiones, los tics son típicamente menos complejos y no se dirigen a neutralizar la ansiedad resultante de una obsesión. Algunos sujetos manifiestan síntomas tanto de trastorno obsesivo-compulsivo como de trastorno de tics (especialmente trastorno de la Tourette), de modo que pueden estar justificados ambos diagnósticos. Algunos tics vocales o motores (p. ej., ladridos, ecolalia, palilalia) deben distinguirse del comportamiento desorganizado o catatónico propio de la **esquizofrenia**.

Los distintos trastornos de tics pueden distinguirse entre sí por la duración y variedad de los tics y por la edad de su inicio. El **trastorno de tics transitorios** incluye tics motores y/o vocales que duran por lo menos 4 semanas, pero no más de 12 meses consecutivos. El **trastorno de la Tourette** y el **trastorno de tics motores o vocales crónicos** tienen una duración de más de 12 meses, pero se diferencian entre sí porque el trastorno de la Tourette cuenta con el requisito de que los tics motores sean múltiples y de que exista por lo menos un tic vocal. El **trastorno de tics no especificado** debe aplicarse a presentaciones clínicamente significativas de duración inferior a los 4 meses, a presentaciones en edades superiores a los 18 años y en el caso poco usual de un sujeto que sólo tenga un tic motor y un tic vocal.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios de la CIE-10 y del DSM-IV para el diagnóstico de este trastorno son prácticamente iguales.

F95.2 Trastorno de la Tourette [307.23]

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno de la Tourette son los tics motores múltiples y uno o más tics vocales (Criterio A). Estos tics pueden aparecer simultáneamente o en diferentes períodos de la enfermedad. Los tics aparecen varias veces al día, recurrentemente, a lo largo de un período de más de 1 año (Criterio B). Durante este tiempo, nunca hay un período libre de tics de más de 3 meses consecutivos. La alteración provoca intenso malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). El inicio del trastorno se produce antes de los 18 años de edad (Criterio D). Los tics no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., estimulantes) ni a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis posvímica) (Criterio E).

La localización anatómica, el número, la frecuencia, la complejidad y la gravedad de los tics varían a lo largo del tiempo. Típicamente, los tics afectan la cabeza y, con frecuencia, otras partes del cuerpo como el torso y las extremidades superiores e inferiores. Los tics vocales incluyen varias palabras o sonidos como chasquidos de lengua, gruñidos, ladridos, olfateos, bufidos y toses. La coprolalia, un tic vocal complejo que entraña la pronunciación de obscenidades, se observa en unos pocos individuos (menos del 10 %) afectos de este trastorno. Los tics motores complejos incluyen tocar, agacharse, doblar las rodillas, desandar pasos y dar giros al caminar. Aproximadamente en la mitad de los sujetos con este trastorno los primeros síntomas que aparecen son episodios de un tic simple, principalmente parpadeo, y con menos frecuencia tics que afectan otras partes del rostro o del cuerpo. Los síntomas iniciales también pueden incluir protrusión de la lengua, ponerse en cuclillas, olisquear, saltar, hacer cabriolas, aclarar la garganta, tartamudear, emitir sonidos o palabras y coprolalia. Otros casos empiezan con síntomas múltiples.

Síntomas y trastornos asociados

Los síntomas más frecuentemente asociados al trastorno de la Tourette son las obsesiones y compulsiones. También son relativamente comunes la hiperactividad, la distraibilidad y la impulsividad. Con frecuencia se observa malestar social, vergüenza, excesiva autoobservación y humor depresivo. La actividad social, académica y laboral puede estar afectada por el rechazo manifestado por otras personas o por la ansiedad experimentada al darse los tics en situaciones sociales. En los casos graves de trastorno de la Tourette, los tics pueden interferir directamente las actividades cotidianas (p. ej., leer o escribir). El trastorno de la Tourette conlleva a veces complicaciones raras entre las que se incluyen daños físicos, por ejemplo, ceguera debida a desprendimiento de retina (por cabezazos o golpes autolesivos), problemas ortopédicos (por flexiones de rodillas, sacudidas del cuello, o giros cefálicos) y problemas dérmicos (por pellizcos). La gravedad de los tics puede resultar exacerbada por la administración de estimulantes del sistema nervioso central, lo que puede constituir un fenómeno proporcional a la dosis. El trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos del aprendizaje pueden asociarse al trastorno de la Tourette.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

La existencia del trastorno de la Tourette ha quedado ampliamente demostrada en distintos grupos raciales y étnicos. El trastorno es aproximadamente 1,5-3 veces más frecuente en varones que en mujeres.

Prevalencia

El trastorno de la Tourette se observa aproximadamente en 4-5 individuos/10.000.

Curso

La edad de inicio del trastorno de la Tourette puede ser muy temprana, alrededor de los 2 años de edad, y suele prolongarse durante la infancia o el inicio de la adolescencia; por definición, se inicia siempre antes de los 18 años de edad. La edad promedio de inicio de los tics motores es los 7 años. El trastorno suele durar toda la vida, aunque puede haber períodos de remisión que duran semanas o años. En la mayor parte de los casos, la gravedad, frecuencia y variabilidad de los síntomas disminuyen durante la adolescencia y la vida adulta. En otros casos, los síntomas desaparecen por completo, usualmente al iniciarse la vida adulta.

Patrón familiar

La vulnerabilidad al trastorno de la Tourette y a otros trastornos afines se transmite según un patrón autosómico dominante. «Vulnerabilidad» implica que el niño recibe la base genética o constitucional para desarrollar un trastorno de tics; el tipo o la gravedad concretas del trastorno pueden ser diferentes de una a otra generación. No todos quienes heredan la vulnerabilidad genética manifestarán los síntomas de un trastorno de tics. La penetrancia en portadores genéticos femeninos es aproximadamente del 70 %; la penetrancia en portadores genéticos masculinos es aproximadamente del 99 %. La gama de formas en que puede manifestarse tal vulnerabilidad incluye el trastorno de la Tourette propiamente dicho, el trastorno de tics crónicos motores o vocales, algunas formas de trastorno obsesivo-compulsivo y quizá el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En un 10 % de sujetos con trastorno de la Tourette no hay pruebas de la existencia de un patrón familiar. Los sujetos con estas formas «no genéticas» de trastorno de la Tourette o de otro trastorno de tics suelen padecer otro trastorno mental (p. ej., trastorno generalizado del desarrollo) o una enfermedad médica (p. ej., un trastorno convulsivo).

Diagnóstico diferencial

Véase «Diagnóstico diferencial» del apartado dedicado a trastornos de tics (pág. 105).

■ Criterios para el diagnóstico de F95.2 Trastorno de la Tourette [307.23]

- A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de modo simultáneo. (*Tic* es una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico y estereotipado.)

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F95.2 Trastorno de la Tourette [307.23] (continuación)

- B. Los tics aparecen varias veces al día (habitualmente en oleadas) casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de 1 año, y durante este tiempo nunca hay un período libre de tics superior a más de 3 meses consecutivos.
- C. El trastorno provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco (p. ej., estimulante) o de una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis posviral).

F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos [307.22]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de tics motores o vocales crónicos es la presencia de tics motores o de tics vocales, pero *no de ambos* (Criterio A). Difieren del trastorno de la Tourette, puesto que en éste deben existir tics motores múltiples y uno o más tics vocales. Las otras características esenciales (Criterios B, C, D y E) son las mismas que en el trastorno de la Tourette. Cuando se satisfacen criterios de un trastorno de la Tourette no puede diagnosticarse un trastorno de tics crónicos motores o vocales (Criterio F). Las otras características del trastorno de tics crónicos motores o vocales son en general las mismas del trastorno de la Tourette (v. pág. 107), con la excepción de que la gravedad de los síntomas y la alteración funcional suelen ser mucho menores. Probablemente el trastorno de tics crónicos motores o vocales y el trastorno de la Tourette estén relacionados genéticamente, dado que con frecuencia aparecen en las mismas familias.

Diagnóstico diferencial

Véase «Diagnóstico diferencial» del apartado dedicado a trastornos de tics (pág. 105).

Criterios para el diagnóstico de F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos [307.22]

- A. En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics vocales o motores simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos ni estereotipados), pero no ambos.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos [307.22] (continuación)

- B. Los tics aparecen varias veces al día casi cada día o intermitentemente a lo largo de un período de más de 1 año, y durante este tiempo nunca hay un período libre de tics superior a 3 meses consecutivos.
- C. La alteración causa un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., estimulantes) ni a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis posviral).
- F. Nunca se han satisfecho criterios del trastorno de la Tourette.

F95.0 Trastorno de tics transitorios [307.21]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de tics transitorios es la presencia de tics motores simples o múltiples y/o de tics vocales (Criterio A). Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día por lo menos cada 4 semanas, pero no más de 12 meses consecutivos (Criterio B). Las otras características esenciales (Criterios C, D y E) son las mismas del trastorno de la Tourette. El trastorno de tics transitorios no se diagnostica si en algún momento se han cumplido los criterios de trastorno de la Tourette o de trastorno de tics motores o vocales crónicos (los cuales requieren una duración de por lo menos 1 año) (Criterio F). Las otras características del trastorno en general son las mismas del trastorno de la Tourette (v. pág. 107), con la excepción de que la gravedad de los síntomas y la alteración funcional acostumbran ser mucho menores.

Especificaciones

El curso de un trastorno de tics transitorios puede indicarse especificando **episodio único** o **recidivante**.

Diagnóstico diferencial

Véase «Diagnóstico diferencial» del apartado dedicado a trastornos de tics (pág. 105).

■ Criterios para el diagnóstico de F95.0 Trastorno de tics transitorios [307.21]

- A. Tics motores y/o vocales simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados).
- B. Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día durante por lo menos 4 semanas, pero no más de 12 meses consecutivos.
- C. La alteración causa un notable malestar o un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., estimulantes) ni a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o encefalitis posviral).
- F. Nunca se han cumplido criterios de trastorno de la Tourette ni de trastorno de tics crónicos motores o vocales.

Especificar si:

Episodio simple o recurrente

F95.9 Trastorno de tics no especificado [307.20]

Esta categoría comprende trastornos caracterizados de tics, pero que no cumplen los criterios de un trastorno de tics específico. Los ejemplos incluyen tics que duran menos de 4 semanas o tics que se inician después de los 18 años de edad.

Trastornos de la eliminación

Encopresis

Características diagnósticas

La característica esencial de la encopresis es la emisión repetida de heces en lugares inadecuados (p. ej., la ropa o el suelo) (Criterio A). En la mayor parte de los casos esta emisión puede ser involuntaria, pero en ocasiones es intencionada. El hecho debe ocurrir por lo menos una vez al mes durante 3 meses como mínimo (Criterio B), y la edad cronológica del niño debe ser por lo menos de 4 años (o, para los niños con retraso del desarrollo, una edad mental mínima de 4 años)

(Criterio C). La incontinencia fecal no puede deberse exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., laxantes) ni de una enfermedad médica, excepto por algún mecanismo que implique estreñimiento (Criterio D).

Cuando la emisión de heces es más involuntaria que intencionada suele ir asociada a estreñimiento, ventosidades y retención con el rebosamiento consiguiente. El estreñimiento puede producirse por razones psicológicas (p. ej., ansiedad al defecar en un lugar concreto o un patrón más general de ansiedad o de comportamiento negativista), lo que conduce a una evitación de la defecación. Las predisposiciones fisiológicas al estreñimiento incluyen la deshidratación asociada a una enfermedad febril, el hipotiroidismo o el efecto secundario de una medicación. Una vez establecido el estreñimiento, puede complicarse por una fisura anal, defecación dolorosa y retención fecal posterior. La consistencia de las heces puede variar. En algunos sujetos son de consistencia normal o casi normal. En otros son líquidas, concretamente cuando existe una incontinencia por rebosamiento, secundaria a una retención fecal.

Subtipos

La encopresis se codifica de acuerdo con el subtipo que caracteriza su presentación:

R15 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento [787.6]. La exploración física o la historia clínica ponen de manifiesto la existencia de estreñimiento. Característicamente (aunque no siempre), las heces están escasamente estructuradas y se observa un rezumar continuo, ocurriendo tanto durante el día como durante el sueño. En la defecación normal sólo se expulsan pequeñas cantidades de heces, y la incontinencia se resuelve tras el tratamiento del estreñimiento.

F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento [307.7]. Ni la exploración física ni la historia clínica ponen de manifiesto la existencia de estreñimiento. Las heces tienen a ser de forma y consistencia normales, y la aparición de heces es intermitente. Las heces pueden depositarse en un lugar preferente. Este trastorno suele asociarse a un trastorno negativista desafiante o a un trastorno disocial, o bien es la consecuencia de masturbación anal.

Síntomas y trastornos asociados

El niño con encopresis suele sentirse avergonzado y puede desear evitar las situaciones (p. ej., campamento o escuela) que pudieran producirle embarazo. La importancia de la alteración depende de su efecto sobre la autoestima del niño, el grado de ostracismo social determinado por los compañeros y la cólera, el castigo y el rechazo manifestados por los cuidadores. El embadurnamiento con heces puede ser deliberado o accidental, resultando del intento del niño por limpiar u ocultar las heces que expulsó involuntariamente. Cuando la incontinencia es claramente deliberada, cabe observar características del trastorno desafiante o de trastorno disocial. Muchos niños con encopresis presentan también enuresis.

Prevalencia

Se estima que aproximadamente el 1 % de los niños de 5 años de edad presentan encopresis y que el trastorno es más frecuente en varones que en mujeres.

Curso

La encopresis no se diagnostica hasta que un niño ha alcanzado una edad cronológica de por lo menos 4 años (o, en niños con retrasos del desarrollo, una edad mental de por lo menos 4 años). Un adiestramiento del control de esfínteres inadecuado e incoherente y el estrés psicosocial (p. ej., entrar en la escuela o el nacimiento de un hermano) pueden ser factores predisponentes. Se han descrito dos tipos de curso: un tipo «primario» en que el sujeto nunca ha adquirido continencia fecal y un tipo «secundario» en que la alteración se desarrolla tras un período de continencia fecal. La encopresis puede persistir con exacerbaciones intermitentes durante años, pero muy rara vez se cronifica.

Diagnóstico diferencial

En presencia de una enfermedad médica el diagnóstico de encopresis sólo es apropiado si el mecanismo implica estreñimiento. La incontinencia fecal relacionada con otras enfermedades médicas (p. ej., diarrea crónica) no justifica un diagnóstico DSM-V de encopresis.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

A diferencia del DSM-IV, que establece una duración mínima de los síntomas de 3 meses, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 exigen una duración de como mínimo 6 meses. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de encopresis no orgánica.

■ Criterios para el diagnóstico de encopresis

- A. Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (p. ej., vestidos o suelos), sea involuntaria o intencionada.
- B. Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.
- C. La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., laxantes) ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

Codificar del modo siguiente:

R15 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento [787.6] (también código K59.0 Estreñimiento en Eje III)

F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento [307.7]

F98.0 Enuresis (no debida a una enfermedad médica) [307.6]

Características diagnósticas

La característica esencial de la enuresis es la emisión repetida de orina durante el día o la noche en la cama o en los vestidos (Criterio A). En la mayor parte de los casos este hecho suele ser involuntario, pero en ocasiones es intencionado. Para establecer un diagnóstico de enuresis la emisión de orina debe ocurrir por lo menos dos veces por semana durante un mínimo de 3 meses, o bien debe provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B). El sujeto debe haber alcanzado una edad en la que es esperable la continencia (esto es, la edad cronológica del niño debe ser por lo menos de 5 años o, en niños con retrasos del desarrollo, una edad mental de, como mínimo, 5 años (Criterio C). La incontinencia urinaria no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., diurético), ni a una enfermedad médica (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo) (Criterio D).

Subtipos

La situación en que ocurre la enuresis puede clasificarse según uno de los siguientes subtipos:

Sólo nocturna. Es éste el subtipo más frecuente y se define como la emisión de orina sólo durante el sueño nocturno. El episodio enurético ocurre típicamente durante el primer tercio de la noche. Ocasionalmente, la emisión tiene lugar durante el período de movimientos oculares rápidos (REM) del sueño y el niño puede recordar un sueño que implicaba el acto de orinar.

Sólo diurna. Este subtipo se define como la emisión de orina sólo durante las horas de vigilia. La enuresis diurna es más frecuente en mujeres que en varones y es poco frecuente tras los 9 años de edad. El episodio enurético suele sobrevenir en la mayor parte de los casos a primeras horas de la tarde en los días escolares. La enuresis diurna se debe a veces a una resistencia a utilizar el water por ansiedad social o por una preocupación relacionada con la actividad escolar o lúdica.

Nocturna y diurna. Este subtipo se define como una combinación de los dos tipos anteriores.

Síntomas y trastornos asociados

El volumen de las alteraciones asociadas a la enuresis depende de la limitación ejercida sobre las actividades sociales del niño (p. ej., imposibilidad de dormir fuera de casa) o de su efecto sobre su autoestima, el grado de ostracismo social a que le sometan sus compañeros y la cólera, el castigo y el rechazo ejercido por sus cuidadores. Aunque la mayor parte de los niños con enuresis no presentan un trastorno mental coexistente, la prevalencia de trastornos mentales y de otros trastornos del desarrollo coexistentes es mayor que en la población general. Pueden asociarse copresis, sonambulismo y terrores nocturnos. Las infecciones del tracto urinario son más frecuentes en niños con enuresis, en especial del tipo diurno, que en los continentes. La enuresis suele persistir tras el tratamiento apropiado de una infección asociada. Se han sugerido varios factores predisponentes, entre los que se incluyen un adiestramiento del control de esfínteres retrasado o laxo, el estrés psicosocial, una disfunción de la capacidad para concentrar la orina y un umbral de volumen vesical para la emisión voluntaria más bajo de lo normal.

Prevalencia

A los 5 años de edad la prevalencia de enuresis es del 7 % en varones y del 3 % en mujeres; a los 10 años de edad la prevalencia es del 3 % en varones y del 2 % en mujeres. A los 18 años de edad la prevalencia es del 1 % en varones y en menor proporción en mujeres.

Curso

Se han descrito dos tipos de curso de enuresis: un tipo «primario», en el que el sujeto nunca ha establecido continencia urinaria, y un tipo «secundario», en el que el trastorno se desarrolla después de un período de continencia urinaria establecida. Por definición la enuresis primaria se inicia a los 5 años de edad. La época más frecuente en que se inicia una enuresis secundaria es los 5 a 8 años de edad, pero ésta puede ocurrir en cualquier momento. Después de los 5 años de edad, la tasa de remisión espontánea oscila entre el 5 y el 10 % anual. La mayor parte de los niños con este trastorno se hacen continentes durante la adolescencia, pero aproximadamente en el 1 % de los casos el trastorno se prolonga hasta la edad adulta.

Patrón familiar

Aproximadamente el 75 % de todos los niños enuréticos tiene un familiar biológico en primer grado que también ha sufrido el trastorno. La concordancia en cuanto al trastorno es mayor en gemelos monocigotos que en dicigotos.

Diagnóstico diferencial

No se establece el diagnóstico de enuresis en presencia de una **vejiga neurogénica** o de una **enfermedad médica que cause poliuria o urgencia** (p. ej., diabetes mellitus o diabetes insípida no tratadas) o durante una **infección aguda del tracto urinario**. Sin embargo, el diagnóstico de enuresis es compatible con estos procesos si había incontinencia urinaria antes de presentarse la enfermedad médica o si persiste tras la instauración del tratamiento adecuado.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen un umbral de frecuencias distinto: al menos dos veces al mes en niños de menos de 7 años y al menos una vez al mes en edades iguales o superiores. Además, la CIE-10 incluye un criterio de exclusión muy estricto, que descarta el diagnóstico de enuresis si existe cualquier prueba de que existe otro trastorno mental. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de enuresis no orgánica.

■ Criterios para el diagnóstico de F98.0 Enuresis [307.6]

- A. Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada).

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F98.0 Enuresis [307.6]
(continuación)

- B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativa, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej., un diurético) ni a una enfermedad médica (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

Especificar tipo:

Sólo nocturna

Sólo diurna

Nocturna y diurna

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

F93.0 Trastorno de ansiedad por separación [309.21]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es una ansiedad excesiva concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas a quienes el sujeto está vinculado (Criterio A). La ansiedad es superior a la esperada en sujetos del mismo nivel de desarrollo. La alteración debe mantenerse durante un período de por lo menos 4 semanas (Criterio B), empezar antes de los 18 años (Criterio C) y provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D). No se establece el diagnóstico si la ansiedad aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o, en adolescentes y adultos, si se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia (criterio E).

Los sujetos con este trastorno pueden experimentar malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las personas con quienes están más vinculados (Criterio A1). Una vez separados de éstas, suelen necesitar saber su paradero y estar en contacto con ellas (p. ej., mediante llamadas telefónicas). Algunos sujetos se muestran extremadamente nostálgicos y desasosegados hasta sentirse desgraciados cuando se encuentran fuera de casa. Pueden anhelar el regreso a su hogar y preocuparse por fantasías de reunión. Cuando están separados de las personas con quienes tienen mayor vinculación, estos sujetos suelen preocuparse por miedos, accidentes o en-

fermedades que afectarán a dichas personas o a ellos mismos (Criterio A2). Los niños con este trastorno suelen expresar miedo a perderse y a no reunirse nunca más con sus padres (Criterio A3). Suelen mostrarse desasosegados cuando se trasladan independientemente fuera de su domicilio o de otras áreas familiares, y pueden evitar el ir solos a distintos sitios. Pueden ser renuentes o rehusar ir a la escuela o a un campamento, o visitar la casa de un amigo o dormir en ella, o hacer recados (Criterio A4). Estos niños son a veces incapaces de permanecer en una habitación solos y pueden manifestar un comportamiento de «aferramiento», situándose muy cerca del padre o la madre y convirtiéndose en su «sombra» a lo largo de toda la casa (Criterio A5).

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 (Criterio A6). Durante la noche pueden trasladarse a la cama de sus padres (o a la de otra persona significativa como un hermano), y si no les es permitida la entrada en el dormitorio paterno, pueden dormir junto a la puerta de éste. Pueden tener pesadillas cuyo contenido expresa los temores del sujeto (p. ej., destrucción de la familia por incendio, asesinato u otra catástrofe) (Criterio A7). Cuando ocurre o se anticipa una separación, son frecuentes las quejas físicas tales como dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos (Criterio A8). En los niños más pequeños pocas veces manifiestan síntomas cardiovasculares tales como palpitaciones, vértigos y sensación de desmayo, síntomas que sí pueden observarse en sujetos de más edad.

Especificación

Inicio temprano. Esta especificación puede utilizarse para indicar el inicio del trastorno antes de los 6 años de edad.

Síntomas y trastornos mentales asociados

Los niños con trastorno de ansiedad por separación tienden a proceder de familias cuyos miembros están muy estrechamente unidos. Al alejarse del hogar o de las personas con quienes están más vinculados, pueden manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultades para concentrarse en el trabajo o en el juego. En función de su edad, los sujetos pueden experimentar miedo hacia animales, monstruos, la oscuridad, fantasmas, ladrones, secuestradores, accidentes de automóviles, viajes en avión y otras situaciones que son percibidas como peligrosas para la integridad de la familia o de sí mismos. Son frecuentes las preocupaciones acerca de la muerte y el morir. La negativa a ir a la escuela puede dar lugar a problemas académicos y a evitación social. Los niños pueden quejarse de que nadie les quiere, o de que nadie les cuida, y que otros desearían que estuvieran muertos. Cuando están muy alterados ante la perspectiva de una separación, pueden mostrarse coléricos y, ocasionalmente, golpear a alguien que está forzando a dicha separación. Estando solos, especialmente por la noche, los niños de menor edad pueden explicar experiencias perceptivas inusuales (p. ej., ver personas que dan vueltas por su habitación, criaturas monstruosas que intentan cogerlos, sienten que unos ojos les miran atentamente). Los niños con este trastorno suelen ser descritos como exigentes, intrusivos y precisando atención constante. Las excesivas peticiones del niño suelen producir frecuentes frustraciones en sus padres, dando lugar a resentimiento y conflictos en la familia. Algunas veces estos niños son descritos como desusadamente conscientes, cumplidores y dispuestos a agradar. Los niños pueden manifestar quejas somáticas que dan lugar a exploraciones físicas y a otras intervenciones médicas.

Con frecuencia hay un estado de ánimo deprimido que puede persistir a lo largo del tiempo, justificando un diagnóstico adicional de trastorno distímico o de trastorno depresivo mayor. El trastorno puede proceder al desarrollo de un trastorno de angustia con agorafobia.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Hay variaciones culturales en cuanto al grado en que se considera deseable tolerar una separación. Es importante diferenciar el trastorno de ansiedad por separación del elevado valor que algunas culturas otorgan a una estrecha interdependencia entre los miembros de una familia. Las manifestaciones del trastorno pueden variar con la edad. Es posible que los niños más pequeños no expresen miedos específicos de amenazas definidas a sus padres, su hogar o a sí mismos. A medida que los niños se hacen mayores, las preocupaciones o miedos suelen especificarse (p. ej., secuestro, asesinato). La ansiedad y anticipación de la separación se ponen de manifiesto hacia la etapa media de la infancia. Aunque los adolescentes afectados de este trastorno, especialmente los varones, pueden negar la ansiedad por separación, ésta puede reflejarse a través de una actividad independiente limitada y la negativa a salir de casa. En los sujetos de más edad, el trastorno limita a veces su capacidad para afrontar cambios de circunstancias (p. ej., cambio de domicilio, casarse). Los adultos con este trastorno están demasiado preocupados por sus hijos y cónyuges, al tiempo que experimentan un notable malestar al separarse de ellos. En poblaciones clínicas el trastorno parece ser igualmente frecuente en varones que en mujeres. En poblaciones epidemiológicas el trastorno es más frecuente en mujeres.

Prevalencia

El trastorno de ansiedad por separación no es raro; su prevalencia se estima en torno al 4 % en niños y adolescentes jóvenes.

Curso

El trastorno de ansiedad por separación puede aparecer tras alguna situación estresante (p. ej., el fallecimiento de un familiar o de un cachorro, una enfermedad del niño o de un familiar, un cambio de escuela, un traslado a una nueva vecindad o una emigración). El inicio puede ocurrir tempranamente, en edad preescolar, pero también en cualquier momento antes de los 18 años; sin embargo, no es frecuente el inicio en plena adolescencia.

Típicamente hay períodos de exacerbación y de remisión. Tanto la ansiedad por una posible separación como la evitación de situaciones que impliquen separación (p. ej., ir a la escuela) pueden persistir durante varios años.

Patrón familiar

El trastorno de ansiedad por separación parece ser más frecuente en parientes biológicos de primer grado que en la población general, y puede ser más común en hijos de madres con trastorno de angustia.

Diagnóstico diferencial

La ansiedad por separación puede ser una característica asociada a **trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos**. Si los síntomas de trastorno de ansiedad por separación aparecen exclusivamente en el transcurso de uno de estos trastornos, no se establece el diagnóstico separado de ansiedad por separación. El trastorno de ansiedad por sepa-

ración se distingue del **trastorno de ansiedad generalizada** en que la ansiedad se refiere predominantemente a la separación respecto del hogar y de las personas vinculadas. En niños y adolescentes con trastorno de ansiedad por separación, las amenazas de separación pueden dar lugar a ansiedad extrema e incluso a un trastorno de angustia. A diferencia de lo que sucede en el trastorno de angustia, la ansiedad se refiere a la separación respecto de las personas vinculadas o del hogar más que a estar incapacitado por una crisis de angustia inesperada. En los adultos el trastorno de ansiedad por separación es raro y no debe establecerse como diagnóstico adicional si los temores de separación se explican mejor por la presencia de agorafobia dentro de un **trastorno de angustia con agorafobia** o una **agorafobia sin historia de trastorno de angustia**. El «hacer novillos» es frecuente en el **trastorno disocial**, pero en este caso la ansiedad por la separación no es la responsable del absentismo escolar, y el niño acostumbra estar fuera de casa más que regresar a ella. Algunos casos de negativa a ir a la escuela, especialmente en la adolescencia, se deben a fobia social o a trastornos del estado de ánimo más que a ansiedad por separación. A diferencia de las alucinaciones observadas en los **trastornos psicóticos**, las experiencias perceptivas inusuales del trastorno de ansiedad por separación suelen basarse en una percepción errónea de un estímulo real, sólo suceden en determinadas situaciones (p. ej., por la noche) y son reversibles ante la presencia de una persona vinculada. Debe utilizarse el juicio clínico para distinguir unos **niveles de ansiedad por separación propios de la etapa de desarrollo** del sujeto de las preocupaciones por la separación clínicamente significativas observadas en un trastorno de ansiedad por separación.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y la CIE-10 describen síntomas casi idénticos para este trastorno. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 son algo más estrictos en cuanto a la edad de inicio, ya que exigen que ésta sea menor de 6 años, y excluyen el diagnóstico de este trastorno si el cuadro clínico «forma parte de una alteración más amplia de las emociones, comportamiento o personalidad». En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de trastorno por separación en la infancia.

■ **Criterios para el diagnóstico de trastorno de F93.0 Ansiedad por separación [309.21]**

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concierne a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:
- (1) malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
 - (2) preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
 - (3) preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de trastorno de F93.0 Ansiedad por separación [309.21] (continuación)

- (4) resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
 - (5) resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
 - (6) negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa
 - (7) pesadillas repetidas con temática de separación
 - (8) quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación
- B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
- C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad

F94.0 Mutismo selectivo [313.23]
(antes mutismo electivo)

Características diagnósticas

La característica esencial del mutismo selectivo es la incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales específicas (p. ej., en la escuela, con compañeros de juego) cuando es de esperar que se hable, pese a hacerlo en otras situaciones (Criterio A). La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral, o la comunicación social (Criterio B). La alteración debe durar por lo menos 1 mes y no se limita al primer mes de escolaridad (durante el cual muchos niños pueden estar vergonzosos y reacios a hablar) (Criterio C). No debe diagnosticarse mutismo selectivo si la incapacidad del sujeto para hablar se debe sólo a una falta de conocimiento (o de fluidez) de la lengua hablada requerida en la situación social (Criterio D). Tampoco se diagnostica si el trastorno se explica mejor por el embarazo propio de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) o si aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, es-

quizofrenia u otro trastorno psicótico (Criterio E). En lugar de comunicarse mediante las verbalizaciones usuales, los niños afectos de este trastorno pueden comunicarse mediante gestos, movimientos o sacudidas de la cabeza, estirando o empujando, o, en algunos casos, mediante vocalizaciones monosilábicas, cortas o monótonas, o con voz alterada.

Síntomas y trastornos asociados

Las características asociadas al mutismo selectivo incluyen timidez excesiva, miedo al embarazo social, aislamiento y retraimiento sociales, «pegarse» a otros, rasgos compulsivos, negativismo, pataletas o comportamiento controlador o negativista, en especial en casa. Puede existir un grave deterioro de la actividad social y escolar. Es frecuente que los compañeros se burlen de ellos o los conviertan en víctimas propiciatorias. Aunque los niños con este trastorno suelen poseer unas habilidades lingüísticas normales, ocasionalmente tienen asociado un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno fonológico, trastorno del lenguaje expresivo o trastorno mixto del lenguaje expresivo-receptivo) o una enfermedad médica que cause anomalías de la articulación. También pueden asociarse trastornos de ansiedad (especialmente fobia social), retraso mental, hospitalización, o estrés psicosocial grave.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Niños inmigrantes, que no se han familiarizado o se sienten incómodos con la lengua oficial de su nuevo país de adopción, pueden rehusar hablar a extraños en su nuevo ambiente. Este comportamiento no debe diagnosticarse como mutismo selectivo. El mutismo selectivo es algo más frecuente en mujeres que en varones.

Prevalencia

En apariencia, el mutismo selectivo es raro y se halla en menos del 1 % de los sujetos visitados en centros de salud mental.

Curso

Habitualmente, el mutismo selectivo se inicia antes de los 5 años de edad, pero el trastorno puede no presentarse en la consulta clínica hasta haberse realizado el ingreso en la escuela. Aunque la alteración suele durar sólo unos pocos meses, a veces persiste más tiempo e incluso se prolonga durante varios años.

Diagnóstico diferencial

El mutismo selectivo debe distinguirse de los trastornos del habla que se explican mejor por un **trastorno de la comunicación** como **trastorno fonológico**, **trastorno del lenguaje expresivo**, **trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo** o **tartamudeo**. A diferencia del mutismo selectivo, la alteración del habla propia de estos trastornos no se limita a una situación social específica. Los niños procedentes de familias que han inmigrado a un país donde se habla un lenguaje diferente pueden rehusar hablar el nuevo idioma por **falta de conocimiento del idioma**. Si

la comprensión del nuevo idioma es adecuada, pero persiste la negativa a hablar, puede estar justificado un diagnóstico de mutismo selectivo. Los sujetos con **trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o retraso mental grave**, pueden experimentar problemas en la comunicación social y ser incapaces de hablar adecuadamente en situaciones sociales. Por el contrario, el mutismo selectivo sólo debe diagnosticarse en un niño que tenga una capacidad demostrada para hablar en algunas situaciones sociales (p. ej., en casa). La ansiedad social y la evitación social propias de la fobia social pueden asociarse a mutismo selectivo. En estos casos deben establecerse ambos diagnósticos.

Relacion con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios diagnósticos de DSM-IV y CIE-10 son idénticos. En esta última, el trastorno viene recogido con el nombre de mutismo electivo.

■ Criterios para el diagnóstico de F94.0 Mutismo selectivo [313.23]

- A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.
- C. La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
- E. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez [313.89]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno reactivo de la vinculación es una relación social que, en la mayor parte de los contextos, se manifiesta marcadamente alterada e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, se inicia antes de los 5 años de edad y se asocia a una crianza sumamente patológica (Criterio A). Hay dos tipos de presentaciones. En el tipo inhibido el niño está persistentemente incapacitado para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales y responder a ellas de un modo adecuado a su nivel de desarrollo. El niño responde socialmente de modo demasiado inhibido, hipervigilante o ampliamente ambivalente (p. ej., vigilancia fría, resistencia a satisfacciones o comodidades, o una mezcla de acercamiento y evitación) (Criterio A1). En el tipo desinhibido se observa un patrón de vinculaciones difusas. El niño exhibe una sociabilidad indiscriminada o una falta de selectivi-

dad en la elección de las figuras de vinculación (Criterio A2). El trastorno no se explica exclusivamente por la presencia de un retraso del desarrollo (p. ej., retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo (Criterio B). Por definición, el trastorno se asocia a una crianza claramente patológica que puede adoptar la forma de desatención persistente de las necesidades emocionales básicas del niño relativas a bienestar, estimulación y afecto (Criterio C1); desatención persistente de las necesidades físicas básicas del niño (Criterio C2), o cambios repetidos del cuidador primario, lo que evita la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes de hogar adoptivo) (Criterio C3). Se presume que la crianza patológica es responsable de la relación social alterada (Criterio D).

Subtipos

Ha de indicarse el tipo predominante del trastorno de la relación social especificando uno de los siguientes subtipos de trastorno reactivo de la vinculación:

F94.1 Tipo inhibido. En este subtipo la alteración dominante de la relación social reside en la incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las relaciones sociales y responder a ellas de modo adecuado al nivel de desarrollo del sujeto.

F94.2 Tipo desinhibido. Se utiliza este subtipo si la alteración predominante de la relación social consiste en una sociabilidad indiscriminada o una ausencia de selectividad en la elección de figuras de vinculación.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Algunas situaciones (p. ej., hospitalización prolongada del niño, pobreza extrema o inexperiencia de los padres) predisponen a la práctica de una crianza patológica. Sin embargo, una crianza claramente patológica no siempre determina el desarrollo de un trastorno reactivo de la vinculación; algunos niños establecen relaciones sociales y vínculos estables incluso en situaciones de abandono o maltrato relevantes. El trastorno reactivo de la vinculación puede asociarse a retrasos del desarrollo, trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia, pica o trastorno de rumiación.

Hallazgos de laboratorio. Puede haber hallazgos de laboratorio coherentes con malnutrición.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. La exploración física puede descubrir algunas enfermedades médicas asociadas capaces de contribuir a —o ser consecuencia de— deficiencias en el cuidado del niño (p. ej., retraso del crecimiento, maltrato físico).

Prevalencia

Son limitados los datos epidemiológicos, pero el trastorno reactivo de la vinculación parece ser muy poco frecuente.

Curso

El inicio del trastorno reactivo de la vinculación suele aparecer en los primeros años de la vida y, por definición, antes de los 5 años. Su curso parece variar en función de factores individuales

del niño y de los cuidadores, la gravedad y la duración de la privación psicosocial asociada, y la naturaleza de la intervención. Si se suministra un apoyo ambiental adecuado, pueden producirse remisiones o mejorías considerables. De otro modo, el trastorno discurre según un curso continuo.

Diagnóstico diferencial

En el **retraso mental** las vinculaciones apropiadas con los cuidadores suelen establecerse de acuerdo con el nivel de desarrollo general del niño. Sin embargo, algunos niños con retraso mental grave presentan problemas particulares con los cuidadores y manifiestan características sintomáticas de trastorno reactivo de la vinculación. El trastorno reactivo de la vinculación sólo debe diagnosticarse si está claro que los problemas característicos en la formación de vínculos selectivos no son función del retraso.

El trastorno reactivo de la vinculación debe diferenciarse del **trastorno autista** y de **otros trastornos generalizados del desarrollo**. En el trastorno generalizado del desarrollo los vínculos selectivos o no se desarrollan o son sumamente anómalos, pero en cualquier caso esto sucede dentro de un ambiente psicosocial razonablemente acogedor. El **trastorno autista** y **otros trastornos generalizados del desarrollo** también se caracterizan por la presencia de una alteración cualitativa de la comunicación y de patrones de comportamiento restrictivo, repetitivo y estereotipado. El trastorno reactivo de la vinculación no se diagnostica si se cumplen criterios de trastorno generalizado del desarrollo. El tipo desinhibido debe distinguirse del comportamiento impulsivo o hiperactivo característico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. A diferencia de lo que sucede en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el comportamiento desinhibido del trastorno reactivo de la vinculación se asocia característicamente a un intento por establecer vínculos sociales tras una relación sumamente breve.

Una crianza intensamente patogénica es una característica definatoria del trastorno reactivo de la vinculación. Puede quedar justificada una calificación adicional de maltrato infantil, abandono infantil, o problema de las relaciones padres-hijos. Cuando una crianza intensamente patogénica no provoca alteraciones relevantes de la relación social, más que de un trastorno reactivo de la vinculación puede hablarse de abandono infantil o de problema en las relaciones padres-hijos.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El trastorno reactivo de la vinculación que describe el DSM-IV se divide en dos subtipos (inhibido y desinhibido), que corresponden de forma algo aproximada a las dos categorías que recoge la CIE-10: trastorno reactivo de la vinculación de la infancia y trastorno desinhibido de la vinculación de la infancia. Estas categorías de la CIE-10 resultan probablemente mucho más amplias, ya que no especifican que este trastorno disocial sea consecuencia de un cariño patológico.

■ Criterios para el diagnóstico de F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez [313.89]

- A. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad, y puestas de manifiesto por (1) o (2):

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez [313.89] (continuación)

- (1) incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (p. ej., el niño puede responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría)
 - (2) vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (p. ej., excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación)
- B. El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- C. La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:
- (1) desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto
 - (2) desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño
 - (3) cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en los responsables de la crianza)
- D. Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A (p. ej., las alteraciones del criterio A empezaron tras la instauración de los cuidados patogénicos que aparecen en el Criterio C).

Código basado en el tipo:

F94.1 Tipo inhibido: si predomina el Criterio A1 en la presentación clínica

F94.2 Tipo desinhibido: si predomina el Criterio A2 en la presentación clínica

F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados [307.3] (antes trastorno por estereotipias/hábitos motores)

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de movimientos estereotipados es un comportamiento motor repetitivo, que suele parecer impulsivo y no es funcional (Criterio A). Este comportamiento mo-

tor interfiere las actividades normales o da lugar a lesiones corporales autoinfligidas suficientemente significativas para requerir tratamiento médico (o que así ocurriría si no se tomaran medidas protectoras) (Criterio B). Si hay retraso mental, el comportamiento estereotipado o autolesivo es lo bastante grave como para convertirse en un objetivo terapéutico (Criterio C). El comportamiento no se explica mejor como una compulsión (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), un tic (como en los trastornos de tics), una estereotipia que forme parte de un trastorno generalizado del desarrollo o una tracción del cabello (como en la tricotilomanía) (Criterio D). El comportamiento tampoco se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica (Criterio E). Los comportamientos motores deben persistir por lo menos durante 4 semanas (Criterio F).

Los movimientos estereotipados pueden incluir agitar las manos, balancearse, jugar con las manos, golpetear con los dedos, girar objetos, dar cabezazos, morderse, pincharse la piel o los orificios corporales, o golpear distintas partes del propio cuerpo. A veces el sujeto utiliza un objeto para realizar estos comportamientos. Los comportamientos en cuestión pueden provocar lesiones permanentes e incapacitantes, que a veces hacen peligrar la vida del sujeto. Por ejemplo, unos cabezazos o golpes contundentes pueden producir cortes, hemorragias, infecciones, desprendimientos de retina y ceguera.

Especificaciones

El clínico puede especificar **con comportamiento autolesivo** si el comportamiento provoca daño corporal que requiera tratamiento específico (o que podría provocar daño corporal si no se utilizaran medidas protectoras).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El sujeto puede recurrir a métodos de autocontención (p. ej., mantener las manos bajo el jersey, en los pantalones o en los bolsillos) a fin de intentar controlar los comportamientos autolesivos. Cuando se interfiere la autocontención, se reemprenden los comportamientos. Si los comportamientos son extremos o resultan repulsivos a otras personas, pueden aparecer complicaciones psicosociales por la exclusión que sufra el sujeto respecto de ciertas actividades sociales y comunitarias. El trastorno de movimientos estereotipados aparece con frecuencia asociado al retraso mental. Cuanto más grave es el retraso, tanto mayor es el riesgo de comportamientos autolesivos. Este trastorno también puede aparecer asociado a déficit sensoriales graves (ceguera y sordera) y puede ser más frecuente en ambientes institucionales, donde el sujeto recibe una estimulación insuficiente. Los comportamientos autolesivos aparecen en algunas enfermedades médicas asociados a retraso mental (p. ej., síndrome de X frágil, síndrome de Lange y especialmente síndrome de Lesch-Nyhan, que se caracteriza por automordeduras graves).

Hallazgos de laboratorio. Si hay comportamientos autolesivos, los datos de laboratorio reflejarán su naturaleza y gravedad (p. ej., anemia por pérdida crónica de sangre a causa de una hemorragia rectal autoinfligida).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Pueden observarse signos de lesiones crónicas en los tejidos (p. ej., magulladuras, señales de mordedura, cortes, arañazos, infecciones dérmicas, fisuras rectales, cuerpos extraños en los orificios corporales, trastornos visuales debidos a vaciamiento ocular o catarata traumática y fracturas por deformaciones óseas). En casos menos graves puede haber una irritación crónica de la piel o callos por mordiscos, pinchazos, arañazos o secreción salival.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

Los comportamientos autolesivos se producen en individuos de cualquier edad. Hay indicios de que los cabezazos son más prevalentes en los varones (en una proporción aproximada de 3:1) y las automordeduras lo son en las mujeres.

Prevalencia

Hay muy poca información acerca de la prevalencia del trastorno de movimientos estereotipados. Las estimaciones de prevalencia de comportamientos autolesivos en sujetos con retraso mental varían del 2 al 3 % en niños y adolescentes que viven en la comunidad y aproximadamente el 25 % en adultos con retraso mental grave o profundo que viven en instituciones.

Curso

No existe una edad típica de inicio o un patrón de inicio por trastorno de movimientos estereotipados. Dicho inicio puede seguir a un acontecimiento ambiental estresante. En sujetos no verbales con retraso mental grave, los movimientos estereotipados pueden ser provocados por una enfermedad médica dolorosa (p. ej., una infección del oído medio que dé lugar a cabezazos). Los movimientos estereotipados suelen ser máximos en la adolescencia, y a partir de este momento pueden declinar gradualmente. Sin embargo, especialmente en sujetos con retraso mental grave o profundo, los movimientos pueden persistir durante años. El objetivo de estos comportamientos cambia con frecuencia (p. ej., una persona puede incurrir en morderse la mano, desaparecer este comportamiento, y a continuación empezar a golpearse la cabeza).

Diagnóstico diferencial

Los movimientos estereotipados pueden asociarse a **retraso mental**, sobre todo en sujetos situados en ambientes no estimulantes. El trastorno de movimientos estereotipados sólo debe diagnosticarse en sujetos cuyo comportamiento estereotipado o autolesivo sea lo bastante grave para constituir un objetivo terapéutico. Movimientos estereotipados repetitivos son una característica de los **trastornos generalizados del desarrollo**. El trastorno de movimientos estereotipados no se diagnostica si las estereotipias se explican mejor por la presencia de un trastorno generalizado del desarrollo. Las compulsiones del **trastorno obsesivo-compulsivo** suelen ser más complejas y ritualistas, y se realizan como respuesta a una obsesión o siguiendo normas que deben aplicarse rígidamente. Es relativamente sencillo diferenciar los movimientos complejos característicos del trastorno de movimientos estereotipados de los **tics simples** (p. ej., parpadeo), pero es menos fácil el diagnóstico diferencial con **tics motores complejos**. En general, los movimientos estereotipados parecen ser más motivados e intencionados, mientras que los tics tienen una calidad más involuntaria y no son rítmicos. Por definición, en la **tricotilomanía** el comportamiento repetitivo se limita a tracciones del cabello. Las lesiones autoinducidas del trastorno de movimientos estereotipados deben distinguirse del **trastorno facticio con predominio de signos y síntomas físicos**, donde la motivación de la autolesión es asumir el papel de enfermo. La **automutilación asociada a ciertos trastornos psicóticos y trastornos de la personalidad** es premeditada, compleja y esporádica, y tiene un significado para el sujeto dentro del contexto del trastorno mental grave subyacente (p. ej., es el resultado de un pensamiento delirante). Los **movimientos involuntarios asociados a enfermedades neurológicas** (como en la enfermedad de Huntington) suelen seguir un

patrón típico, estando presentes los signos y síntomas del trastorno neurológico en cuestión. Los **comportamientos autoestimulantes de los niños pequeños propios de su nivel de desarrollo** (p. ej., succión del pulgar, balanceo y cabeceo) suelen ser muy limitados y pocas veces producen lesiones que requieran tratamiento. Los **comportamientos autoestimulantes en individuos con déficit sensoriales** (p. ej., ceguera) no suelen ocasionar disfunciones ni autolesiones.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 son más estrictos que los del DSM-IV, ya que el diagnóstico de este trastorno no puede efectuarse en presencia de cualquier otro trastorno mental (exceptuando el retraso mental).

■ Criterios para el diagnóstico de F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados [307.3]

- A. Comportamiento motor repetitivo, que parece impulsivo, y no funcional (p. ej., sacudir o agitar las manos, balancear el cuerpo, dar cabezazos, morder objetos, automorderse, pinchar la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).
- B. El comportamiento interfiere las actividades normales o da lugar a lesiones corporales autoinfligidas que requieren tratamiento médico (o que provocarían una lesión si no se tomaran medidas preventivas).
- C. Si hay retraso mental, el comportamiento estereotipado o autolesivo es de gravedad suficiente para constituir un objetivo terapéutico.
- D. El comportamiento no se explica mejor por una compulsión (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), un tic (como en el trastorno por tics), una estereotipia que forma parte de un trastorno generalizado del desarrollo o una tracción del cabello (como en la tricotilomanía).
- E. El comportamiento no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.
- F. El comportamiento persiste durante 4 semanas o más.

Especificar si:

Con comportamiento autolesivo: si el comportamiento da lugar a daño corporal que requiera tratamiento específico (o que daría lugar a daño corporal si no se tomaran medidas protectoras)

F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado [313.9]

Esta categoría es una categoría residual para trastornos que se inician en la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ningún trastorno específico de esta clasificación.

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

Esta sección incluye el delirium, las demencias, los trastornos amnésicos y los trastornos cognoscitivos no especificados. La alteración predominante es un déficit clínicamente significativo de las funciones cognoscitivas o la memoria que representa un cambio del nivel previo de actividad. En esta sección cada trastorno es debido a una enfermedad médica (aunque no se haya identificado de un modo específico) o al consumo de una sustancia (p. ej., de drogas, medicamentos o tóxicos), o a una combinación de estos factores.

En el DSM-III-R estos trastornos se incluyeron en la sección titulada «Síndromes y trastornos mentales orgánicos». El término *trastorno mental orgánico* no es muy usado en el DSM-IV, ya que implica incorrectamente que los trastornos mentales «no orgánicos» carecen de una base biológica. En el DSM-IV los trastornos antes llamados «trastornos mentales orgánicos» se han agrupado en tres secciones: 1) delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognoscitivos; 2) trastornos mentales debidos a una enfermedad médica, y 3) trastornos por consumo de sustancias.

El **delirium** se caracteriza por una alteración de la conciencia y un cambio de las cogniciones que se desarrollan a lo largo de un breve período de tiempo. Los trastornos incluidos en el apartado «Delirium» son enumerados de acuerdo con la etiología que se les presupone; delirium debido a etiologías múltiples o delirium no especificado (si la etiología es indeterminada).

La **demencia** se caracteriza por déficit cognoscitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria. Las demencias son también enumeradas de acuerdo con su presumible etiología: demencia debida a una enfermedad médica, demencia inducida por sustancias (p. ej., debida a abuso de drogas, a medicamentos, o a la exposición a un tóxico), demencia debida a etiologías múltiples o demencia no especificada (si la etiología es indeterminada).

El **trastorno amnésico** se caracteriza por el deterioro de la memoria en ausencia de otros deterioros cognoscitivos significativos. Los trastornos en el apartado «trastornos amnésicos» se enumeran de acuerdo con su etiología presumible: trastorno amnésico debido a una enfermedad médica, trastorno amnésico persistente inducido por sustancias o trastorno amnésico no especificado.

El **trastorno cognoscitivo no especificado** se reserva para los cuadros clínicos que se caracterizan por alteraciones cognoscitivas presumiblemente debidas a una enfermedad médica o inducidas por sustancias, que no cumplen los criterios para algunos de los trastornos enumerados en otro lugar de esta sección.

La discusión de los síntomas generales para cada grupo de trastornos va precedida de un texto, a modo de introducción, según la etiología específica de cada uno de ellos.

Delirium

Los trastornos del apartado «Delirium» tienen en común la alteración de la conciencia y de las funciones cognoscitivas, pero se diferencian en su etiología: **delirium debido a una enfermedad médica**, **delirium inducido por sustancias** (incluyendo los efectos secundarios de los medicamentos) y **delirium debido a múltiples etiologías**. Además, los cuadros en los que el clínico no es capaz de determinar la etiología específica del delirium se incluyen en este apartado como **delirium no especificado**.

Características diagnósticas

La característica esencial de un delirium consiste en una alteración de la conciencia que se acompaña de un cambio de las funciones cognoscitivas que no puede ser explicado por la preexistencia o desarrollo de una demencia. La alteración se desarrolla a lo largo de un breve período de tiempo, habitualmente horas o días, y tiende a fluctuar a lo largo del día. A través de la historia, del examen físico o de las pruebas de laboratorio se demuestra que el delirium se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, de la intoxicación por o la abstinencia de sustancias, del consumo de medicamentos o de la exposición a tóxicos, o bien a una combinación de estos factores.

La alteración de la conciencia se manifiesta por una disminución de la capacidad de atención al entorno. La capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención está deteriorada (Criterio A). Las preguntas deben repetirse debido a que la atención del sujeto es vaga, éste puede perseverar en una respuesta a una pregunta previa en lugar de focalizar su atención de forma adecuada, y los estímulos irrelevantes le distraen con facilidad. Debido a estos problemas, puede ser difícil (o imposible) mantener una conversación.

Hay otros cambios de las funciones cognoscitivas (deterioro de la memoria, desorientación o alteraciones del lenguaje) o existen alteraciones de la percepción (Criterio B). El deterioro de la memoria se manifiesta con más frecuencia en la memoria reciente y puede comprobarse preguntando al sujeto por algunos objetos no relacionados o haciéndose repetir una frase corta tras unos minutos de distracción. Frecuentemente, la desorientación está referida al tiempo (p. ej., pensando que es por la mañana cuando en realidad es medianoche) o al espacio (p. ej., pensando que está en casa cuando en realidad está en el hospital). En el delirium leve el primer síntoma que suele aparecer es la desorientación temporal. Menos frecuente es la desorientación autopsíquica. La alteración del lenguaje se hace evidente con la disnomia (p. ej., deterioro de la capacidad para nombrar objetos) o la disgrafía (p. ej., deterioro de la capacidad para escribir). En algunos casos el lenguaje es vago e irrelevante y en otros, caudaloso e incoherente, con saltos imprevisibles de unos temas a otros. Para el clínico puede ser difícil valorar los cambios de la función cognoscitiva, puesto que el sujeto suele estar poco atento e incoherente. En estas circunstancias ayuda la revisión cuidadosa de la historia y la obtención de información de otras personas, con preferencia los familiares.

Las alteraciones perceptivas pueden incluir interpretaciones erróneas, ilusiones o alucinaciones. Por ejemplo, el ruido de una puerta puede ser tomado por un disparo de pistola (interpretación errónea), las arrugas de la ropa de la cama pueden parecer objetos animados (ilusión) o el sujeto puede «ver» a un grupo de personas volando sobre su cama cuando, en realidad, allí no hay nadie (alucinación). Las alucinaciones y falsas percepciones sensoriales son sobre todo de tipo visual, pero también pueden pertenecer a otras modalidades sensoriales. Las percepciones erróneas pueden ser simples y uniformes o altamente complejas. A menudo hay una convicción delirante de la realidad de las alucinaciones y una respuesta emocional y comportamental congruente con sus contenidos.

La alteración se desarrolla en un breve espacio de tiempo y tiende a fluctuar a lo largo del día (Criterio C). Por ejemplo, durante la mañana el sujeto puede estar coherente y cooperador, pero a medianoche puede insistir en quitarse las vías de administración intravenosa y en ir a casa de sus padres, muertos hace años.

Síntomas y trastornos asociados

El delirium se acompaña con frecuencia de una alteración del ciclo sueño-vigilia. Esta alteración puede incluir somnolencia diurna o agitación nocturna y dificultad para mantener el sueño. En algunos casos se presenta un cambio radical del ciclo sueño-vigilia y del ciclo noche-día. El delirium se acompaña con frecuencia de alteraciones del comportamiento psicomotor. Muchos sujetos están inquietos e hiperactivos y las manifestaciones del incremento de la actividad psicomotora pueden consistir en amasamiento o rotura de las sábanas de la cama, intentos de levantarse y ponerse de pie con movimientos súbitos e intempestivos. Por otro lado, puede haber una disminución de la actividad psicomotora, con inactividad y letargia cercanas al estupor. La actividad psicomotora puede oscilar de un extremo a otro a lo largo del día. El deterioro de la capacidad de juicio puede interferir el tratamiento médico.

Los trastornos emocionales que el sujeto puede manifestar son ansiedad, miedo, depresión, irritabilidad, ira, euforia y apatía. Algunos individuos mantienen el mismo tono emocional a lo largo de todo el delirium y otros pasan de un estado emocional a otro de manera rápida e imprevisible. El miedo es muy frecuente y algunas veces es el resultado de alucinaciones amenazadoras o ideas delirantes pobremente sistematizadas. Si el sujeto presenta miedo acusado, puede atacar a las personas que juzga amenazadoras. Puede producirse lesiones en los intentos por levantarse de la cama, quitarse las vías intravenosas, los tubos respiratorios, los catéteres urinarios y otros utensilios terapéuticos. La alteración del estado emocional se hace evidente por los gritos, llamadas de ayuda, maldiciones, musitaciones, quejas y otras vocalizaciones. Estos comportamientos predominan por la noche y cuando falta una estimulación ambiental adecuada.

Además de los hallazgos del laboratorio característicos de las enfermedades asociadas o de su etiología (estados de intoxicación o abstinencia), el EEG es típicamente anormal, mostrando tanto un enlentecimiento generalizado como una actividad rápida.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

En la evaluación de la capacidad mental debe tenerse en cuenta el ambiente cultural y educacional del sujeto. Algunos individuos de ciertos ambientes pueden no estar familiarizados con la información que se utiliza en determinadas pruebas de cultura general (p. ej., nombres de presidentes, conocimientos de geografía), memoria (p. ej., fechas de nacimientos en culturas que no celebran los aniversarios) y orientación (p. ej., el sentido de localización y situación puede ser conceptualmente distinto en algunas culturas).

Los niños son más susceptibles al delirium que los adultos, en especial cuando éste se debe a enfermedades con fiebre y a algunos medicamentos (anticolinérgicos). En los niños el delirium se toma a veces de forma errónea como un comportamiento de falta de colaboración y puede ser difícil obtener de aquéllos los signos cognoscitivos diferenciales. Es sugerente de delirium el hecho de que el niño no se calme con la presencia de familiares. La proporción en cuanto al sexo refleja que la población anciana (en la cual la proporción de mujeres a varones aumenta con la edad) es el grupo con mayor riesgo de presentar delirium.

Prevalencia

Se ha descrito que de los sujetos mayores de 65 años hospitalizados a causa de una enfermedad médica, aproximadamente el 10 % pueden presentar delirium en el momento de su admisión, mientras que otro 10-15 % puede presentarlo durante su estancia hospitalaria.

Curso

Los síntomas del delirium se desarrollan habitualmente en el espacio de horas o días. Puede empezar de forma brusca (p. ej., después de un traumatismo craneal), pero es más típico que los síntomas aislados evolucionen hacia el delirium completo en un período de 3 días. El cuadro se puede resolver en pocas horas o persistir durante semanas, en especial en sujetos con demencia coexistente. Si se corrige o autolimita pronto el factor etiológico subyacente, es más probable que la recuperación sea completa.

Diagnóstico diferencial

Lo más habitual es que el diagnóstico diferencial consista en establecer si el sujeto padece una demencia en lugar de un delirium, si tiene sólo un delirium o si éste se sobreañade a una demencia preexistente. El deterioro de la memoria es debido con frecuencia tanto al delirium como a la demencia, pero en la demencia el sujeto está vigil y no tiene la alteración de la conciencia característica del delirium. Para determinar la preexistencia de una demencia cuando hay síntomas de delirium, la información de los familiares, los cuidadores del enfermo o los datos de la historia son de mucha ayuda.

El código de un delirium sobreañadido a los diferentes tipos de demencia se expone en «Procedimientos de tipificación» para cada tipo de delirium.

La supuesta etiología determina el diagnóstico específico del delirium (la descripción y los criterios para cada diagnóstico de delirium se especificarán después por separado). Se diagnostica delirium debido a una enfermedad médica cuando se juzga que el delirium se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Si el delirium se debe a los efectos fisiológicos directos de abuso de una sustancia, se diagnosticará delirium por intoxicación por sustancias o delirium por abstinencia de sustancias, según se presente asociado con la intoxicación por la sustancia o con su abstinencia. Si el delirium es el resultado del consumo de un medicamento o de la exposición a tóxicos, se diagnosticará como delirium inducido por sustancias. No es raro que el delirium sea debido tanto a una enfermedad médica como al consumo de una sustancia (incluidos los medicamentos). Esto ocurre, por ejemplo, en sujetos de edad avanzada con una grave enfermedad médica, que es tratada con múltiples medicamentos. Cuando hay más de una etiología (p. ej., debido a una sustancia y a una enfermedad médica), se diagnosticará **delirium debido a múltiples etiologías**. Si no es posible establecer una etiología específica (p. ej., inducido por sustancias o debido a una enfermedad médica), se diagnosticará delirium no especificado.

Se realizará el diagnóstico de delirium por intoxicación por sustancias o delirium por abstinencia de sustancias en lugar del de **intoxicación por sustancias o del de abstinencia de sustancias** sólo si los síntomas del delirium exceden de los que son propios de los síndromes de intoxicación o de abstinencia y si son lo suficientemente graves para merecer una atención clínica independiente. Incluso en sujetos con signos evidentes de intoxicación o abstinencia deben ser examinadas otras posibles causas de delirium (**delirium debido a enfermedad médica**). Por ejemplo, un traumatismo craneal como consecuencia de una caída o de una pelea durante una intoxicación puede provocar un delirium.

El delirium que se caracteriza por alucinaciones vívidas, ideas delirantes, alteraciones del lenguaje y agitación debe distinguirse del **trastorno psicótico breve, de la esquizofrenia, del trastorno esquizofreniforme** y de **otros trastornos psicóticos**, así como de los **trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos**. En el delirium los síntomas psicóticos fluctúan, son fragmentarios y no sistematizados, se presentan en el contexto de una disminución de la capacidad para mantener y dirigir la atención, y van a menudo asociados a alteraciones del EEG. En el delirium, es frecuente el deterioro de la memoria y la desorientación que no se dan en estos otros trastornos. Por último, en el delirium suele haber pruebas de la existencia de una enfermedad médica subyacente, de una intoxicación por una abstinencia de sustancias, o del consumo de un medicamento.

El delirium debe diferenciarse de la **simulación** y del **trastorno facticio**. La distinción se basa en que en ambos casos es frecuente la presentación atípica de los síntomas y en la ausencia de una enfermedad médica o de una sustancia que se relacione etiológicamente con la aparente alteración cognoscitiva.

Hay sujetos en los que pueden presentarse algunos, pero no todos los síntomas del delirium. Las presentaciones subsindrómicas requieren una cuidadosa evaluación, puesto que pueden ser el preludio de un delirium completo o indicar la existencia de una enfermedad médica subyacente, todavía no diagnosticada. Tales cuadros deben ser codificados como **trastorno cognoscitivo no especificado**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El concepto general de delirium que aparece en el DSM-IV es similar al de la CIE-10 (es decir, un trastorno de la conciencia y de la capacidad cognoscitiva de inicio agudo y curso fluctuante). Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 incluyen algunos puntos adicionales: afectación de la memoria a corto plazo con conservación de la memoria a largo plazo, desorientación, alteración psicomotriz y problemas de sueño. A diferencia del DSM-IV, la CIE-10 no recoge la categoría de delirium debido a múltiples etiologías.

F05.0 Delirium debido a enfermedad médica [293.0]

Diagnóstico y síntomas asociados

Los síntomas descriptivos del delirium debido a enfermedad médica (Criterios A-C) se exponen en las páginas 130-131. Además, para establecer el diagnóstico de delirium debido a enfermedad médica, debe demostrarse a través de la historia, la exploración física y las pruebas de laboratorio que la alteración cognoscitiva es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica (Criterio D).

Para determinar si el delirium es debido a una enfermedad médica, primero el clínico debe establecer su presencia. Además, tiene que evaluar si el delirium está relacionado etiológicamente con dicha enfermedad. Para hacer este juicio es necesaria una valoración cuidadosa y comprensiva de los múltiples factores que intervienen. Aunque no hay una guía infalible, algunas consideraciones pueden servir de orientación. La primera consideración es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la agudización o la remisión de la enfermedad médica y el delirium. En la literatura se pueden encontrar pruebas de esta asociación, y su consulta proporciona datos útiles para cada caso. Además, el clínico debe juzgar si la alteración no es más explicable por la acción de sustancias o por la presencia de un trastorno mental primario (p. ej., un episodio maníaco). Todo ello se comenta con mayor detalle en la sección «Trastornos mentales debidos a enfermedad médica» (pág. 171).

El delirium puede asociarse con muchas y diferentes enfermedades médicas, cada una de las cuales exige un examen físico y pruebas de laboratorio características. Los signos neurológicos focales no se encuentran con frecuencia en enfermedades sistémicas y puede haber varias formas de temblor. El aleteo (*flapping*), movimiento de hiperextensión de las manos, fue descrito originalmente en la encefalopatía hepática, pero se ha encontrado asociado a otras causas de delirium. También hay signos de hiperactividad autonómica (p. ej., taquicardia, sudoración, vasocongestión facial, pupilas dilatadas y elevación de la tensión arterial). Además de las pruebas de laboratorio características de la etiología de la enfermedad médica (o de los estados de intoxicación o abstinencia), el EEG es generalmente anormal, mostrando un entrecimiento generalizado o una actividad rápida.

Procedimiento de tipificación

Para el registro del diagnóstico de delirium debido a enfermedad médica el clínico debe anotar en el Eje I tanto el delirium como la enfermedad médica identificada como causante de la alteración (p. ej., F05.0 Delirium debido a hipoglucemia [293.0]). Los códigos diagnósticos de la enfermedad médica deben también anotarse en el Eje III (p. ej., E16.2 Hipoglucemia [251.2]). En un sujeto con una historia de demencia, un delirium sobreañadido debe ser registrado de acuerdo con el código F05.1 Delirium sobreañadido a demencia. En situaciones en las cuales es poco claro que los déficit cognoscitivos se deban a delirium o demencia, puede ser útil realizar un diagnóstico provisional de delirium y observar al sujeto mientras se investiga la naturaleza de la alteración.

Enfermedades médicas asociadas

Entre las enfermedades médicas que pueden provocar delirium se incluyen infecciones sistémicas y alteraciones metabólicas (p. ej., hipoxica, hipercapnia, hipoglucemia), alteraciones del equilibrio hídrico o electrolítico, enfermedades hepáticas o renales, deficiencia de tiamina, estados postoperatorios, encefalopatía hipertensiva, estados poscomiciales y secuelas de traumatismos craneales. Algunas lesiones focales del lóbulo parietal derecho y de la superficie inferomedial del lóbulo occipital pueden también conducir al delirium.

Diagnóstico diferencial

Para la exposición general del diagnóstico diferencial del delirium, véase la página 132.

■ Criterios para el diagnóstico de F05.0 Delirium debido a... [293.0] (indicar enfermedad médica)

- A. Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F05.0 Delirium debido a... [293.0]
(indicar enfermedad médica) (continuación)

- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Nota de codificación: si el delirium está sobreañadido a una demencia preexistente, código F05.1.

Nota de codificación: incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F05.0 Delirium debido a encefalopatía hepática [293.0]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

Delirium inducido por sustancias

Diagnóstico y síntomas asociados

En las páginas 130-131 se ha procedido a la descripción de los síntomas del delirium inducido por sustancias (Criterio A-C). Para el diagnóstico de delirium inducido por sustancias debe haber demostración a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio de que la intoxicación o abstinencia de sustancias, los efectos secundarios de la medicación o la exposición a tóxicos se estiman etiológicamente relacionados con el delirium (Criterio D). Un delirium que se presenta durante la intoxicación por una sustancia se diagnostica como delirium por intoxicación por sustancias, un delirium que se presenta durante la abstinencia de una sustancia se diagnostica como delirium por abstinencia de sustancias y un delirium que se asocia con efectos secundarios de la medicación o con exposición a tóxicos, se diagnostica como delirium inducido por sustancias (v. el grupo de criterios para el delirium por intoxicación por sustancias en la página 136).

El delirium que aparece durante la intoxicación por sustancias puede desarrollarse minutos u horas después de haber ingerido dosis relativamente altas de algunas drogas como *Cannabis*, cocaína y alucinógenos. Con otras sustancias como el alcohol, los barbitúricos o la meperidina, el delirium a veces sólo se presenta después de una intoxicación mantenida durante algunos días. Con frecuencia, el delirium se resuelve en pocas horas o días cuando la intoxicación cede (aunque la duración puede prolongarse tras la intoxicación con fenciclidina).

El delirium por abstinencia de sustancias se desarrolla a medida que la concentración de la sustancia en los tejidos y el plasma va disminuyendo después de la reducción o cese de su consumo a dosis altas. La duración del delirium tiende a variar de acuerdo con la vida media de la sustancia en cuestión: las sustancias de acción prolongada se asocian con frecuencia a una abstinencia más prolongada. El delirium por abstinencia de sustancias puede mantenerse desde unas horas hasta 2-4 semanas.

Se debe establecer este diagnóstico en lugar de los diagnósticos de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas cognoscitivos excedan de los que son propios de los síndromes de intoxicación y de abstinencia, y cuando los síntomas sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Una discusión más detallada de los síntomas asociados a los trastornos relacionados con sustancias se ofrece en la página 181.

Procedimiento de tipificación

El diagnóstico de delirium inducido por sustancias empieza con el nombre de la sustancia específica (más que con el tipo de sustancias) que se estima ha provocado el delirium (p. ej., «diacepam», y no «sedante, hipnótico, o ansiolítico»). El código diagnóstico se selecciona de la lista de tipos de sustancias proporcionadas por los criterios establecidos. En el caso de sustancias que no se encuentren en ninguno de los tipos (p. ej., digital) debe usarse el código «otra sustancia». Para las sustancias que producen intoxicación o abstinencia, el nombre de la sustancia irá seguido del contexto en el que han aparecido los síntomas (p. ej., F15.03 Delirium por intoxicación por dextroanfetamina [292.81]; F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol [291.0]). Se usa el término «inducido» para los efectos secundarios de la medicación o la exposición a tóxicos (p. ej., F19.03 Delirium inducido por digital [292.81]). Cuando se estima que hay más de una sustancia que desempeña un papel significativo en el desarrollo del delirium, deben enumerarse por separado. Si una sustancia se estima como factor etiológico, pero la sustancia específica o el tipo de sustancias no son conocidas, el diagnóstico será F19.03 Delirium inducido por sustancias desconocidas [292.81].

Sustancias específicas

El **delirium por intoxicación por sustancias** puede presentarse con los siguientes tipos de sustancias: alcohol, alucinógenos; anfetaminas y sustancias afines; *Cannabis*; cocaína; fenciclidina y sustancias de acción similar; inhalantes; opioides; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias desconocidas. El **delirium por abstinencia de sustancias** se puede dar con los siguientes tipos de sustancias: alcohol (a menudo denominado «delirium tremens»); sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias desconocidas.

Entre los medicamentos señalados como causantes de delirium se incluyen anestésicos, analgésicos, agentes antiasmáticos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, medicación cardiovascular y antihipertensiva, antimicrobianos, fármacos antiparkinsonianos, corticosteroides, medicación gastrointestinal, relajantes musculares y medicaciones psicotrópicas con efectos secundarios anticolinérgicos. Los tóxicos señalados como causa de delirium incluyen anticolinesterasas, insecticidas organofosfatados, monóxido de carbono, dióxido de carbono y sustancias volátiles como la gasolina o la pintura.

Diagnóstico diferencial

Para la exposición general del diagnóstico diferencial del delirium véase página 132 y para la exposición general del diagnóstico diferencial de intoxicación y abstinencia de sustancias véase la página 196.

■ Criterios para el diagnóstico de delirium por intoxicación por sustancias

- A. Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de delirium por intoxicación por sustancias (*continuación*)

- B. Cambio en las funciones cognitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de (1) o (2).
 - (1) los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante la intoxicación por la sustancia
 - (2) el consumo de medicamentos se estima relacionado etiológicamente con la alteración*

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo cuando los síntomas cognoscitivos excedan de los que son propios del síndrome de intoxicación y cuando los síntomas sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

***Nota:** El diagnóstico debe registrarse como delirium inducido por sustancias si está relacionado con el uso de la medicación.

Códigos para el delirium por intoxicación por (sustancia específica):

F10.03 Alcohol [291.0]; F16.03 Alucinógenos [292.81]; F15.03 Anfetaminas (o sustancias afines) [292.81]; F12.03 *Cannabis* [292.81]; F14.03 Cocaína [292.81]; F19.03 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) [292.81]; F18.03 Inhalantes [292.81]; F11.03 Opiáceos [292.81]; F13.03 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.81]; F19.03 Otras sustancias (o sustancias desconocidas) [292.81] (p. ej., cimetidina, digital, benzotropina)

Criterios para el diagnóstico de delirium por abstinencia de sustancias

- A. Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. Cambio en las funciones cognitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.

(*continúa*)

Criterios para el diagnóstico de delirium por abstinencia de sustancias (*continuación*)

- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de que los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante o poco después de un síndrome de abstinencia.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas cognoscitivos excedan de los propios del síndrome de abstinencia y cuando los síntomas sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Códigos para el delirium por abstinencia de (sustancia específica):

F10.4 Alcohol [291.0]; F13.4 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.81]; F19.4 Otras sustancias (o desconocidas) [292.81]

Delirium debido a múltiples etiologías

La categoría de delirium debido a múltiples etiologías se incluye para llamar la atención del clínico acerca de la frecuencia del delirium debido a más de una etiología. Puede haber más de una enfermedad médica relacionada etiológicamente con el delirium (p. ej., delirium debido a encefalopatía hepática, delirium debido a traumatismo craneal) o el delirium puede deberse a los efectos combinados de una enfermedad médica (p. ej., encefalitis vírica) y el consumo de sustancias (p. ej., abstinencia de alcohol).

Procedimiento de tipificación

El delirium debido a múltiples etiologías no tiene un código propio y no debe registrarse como un diagnóstico. Por ejemplo, para codificar el delirium debido tanto a una encefalopatía hepática como a la abstinencia de alcohol, se debe anotar en el Eje I F05.0 Delirium debido a encefalopatía hepática [293.0] y F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol [291.0], y en el Eje III K72.9 Encefalopatía hepática [572.2].

Criterios para el diagnóstico de delirium debido a múltiples etiologías

- A. Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

(*continúa*)

Criterios para el diagnóstico de delirium debido a múltiples etiologías (*continuación*)

- B. Cambio en las funciones cognitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que el delirium tiene más de una etiología (p. ej., más de una enfermedad médica, una enfermedad médica más una intoxicación por sustancias o por efectos secundarios de los medicamentos).

Nota de codificación: Utilizar los códigos necesarios que reflejen el tipo de delirium y su etiología específica, por ejemplo, F05.0 Delirium debido a encefalitis vírica [293.0] y F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol [291.0].

F05.9 Delirium no especificado [780.09]

Esta categoría debe utilizarse para el diagnóstico del delirium que no cumpla los criterios para ningún tipo específico de delirium descrito en esta sección.

Como ejemplos se citan:

1. Un cuadro clínico de delirium del que se sospecha pueda ser debido a una enfermedad médica o al consumo de una sustancia, pero del que no hay las pruebas suficientes para establecer su etiología específica.
2. Delirium debido a causas no enumeradas en esta sección (p. ej., privación sensorial).

Demencia

Los trastornos del apartado «Demencia» se caracterizan por el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos (que incluyen el deterioro de la memoria) que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías (p. ej., efectos combinados de una enfermedad cerebrovascular y la enfermedad de Alzheimer). Los trastornos de este apartado se caracterizan por un cuadro clínico con síntomas comunes, pero se diferencian en base a su etiología. Los síntomas diagnósticos enumerados en el siguiente apartado pertenecen a **demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia debida a traumatismo craneal, demencia debida a enfermedad de Parkinson, demencia debida a enfermedad de Huntington, demencia debida a enfermedad de Pick, demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, demencia debida a otras enfermedades médicas, demencia inducida por el consumo persistente de sustancias y demencia debida a etiologías múltiples**. Además, la **demencia no especificada** se incluye en esta sección para aquellos cuadros clínicos en los que no se pueda determinar una etiología específica que explique los múltiples déficit cognoscitivos.

Características diagnósticas

La característica esencial de una demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto. Si los déficit cognoscitivos se presentan exclusivamente durante el delirium, no debe realizarse el diagnóstico de demencia. Sin embargo, el diagnóstico de demencia y delirium podrá establecerse si la demencia está presente a veces, en ausencia del delirium. La demencia puede estimarse etiológicamente relacionada con una enfermedad médica, con los efectos persistentes del consumo de sustancias (incluyendo la exposición a tóxicos) o con la combinación de ambos factores.

Para establecer el diagnóstico de demencia se requiere que el deterioro de la memoria sea el síntoma más precoz y prominente (Criterio A). Los sujetos con demencia tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido previamente. Ambos tipos de deterioro de la memoria están presentes en los sujetos con demencia, aunque a veces en el curso de la enfermedad puede ser difícil demostrar la pérdida del material aprendido previamente. Los sujetos con demencia pueden perder objetos de valor como la cartera o las llaves, olvidan la comida que están cocinando y pueden perderse en barrios con los que no están familiarizados. En las formas avanzadas el deterioro de la memoria es tan intenso, que el sujeto olvida su ocupación, el grado de escolarización, los aniversarios, los familiares o, en ocasiones, incluso su propio nombre.

Se puede examinar la memoria preguntando al sujeto acerca de su capacidad para registrar, retener, recordar y reconocer información. La capacidad para aprender información nueva puede valorarse dándole una lista de palabras para que se las aprenda. Se pide al sujeto que repita la lista de palabras (capacidad de registro), que recuerde la información después de un ligero retraso de unos minutos (capacidad de retención y recuerdo) y que reconozca palabras de una larga lista (capacidad de reconocimiento). Los sujetos con dificultades para aprender información nueva no pueden ser ayudados con pistas o anotaciones (p. ej., preguntas de elección múltiple), ya que no aprendieron el material inicialmente. Por el contrario, los sujetos con déficit primarios de evocación pueden ser ayudados con pistas o anotaciones, ya que el deterioro está en la capacidad para acceder a su memoria. La memoria a largo plazo puede ser examinada preguntando al sujeto si recuerda información personal o material que encuentre de interés (p. ej., política, deportes, entretenimiento). Es útil determinar (a través del sujeto y de los informantes) el impacto de las alteraciones de la memoria en la actividad del sujeto (p. ej., capacidad para el trabajo, ir de compras, cocinar, pagar facturas, volver a casa sin haberse perdido).

El deterioro del lenguaje (afasia) puede manifestarse por dificultades en la pronunciación de nombres de sujetos y objetos (Criterio A2a). El lenguaje puede ser vago o vacío, con largos circunloquios y uso de términos de referencia indefinida como «cosa» y «ello». Pueden estar comprometidas tanto la comprensión del lenguaje hablado y escrito como la repetición del lenguaje. En las fases avanzadas de demencia los sujetos pueden enmudecer o presentar un patrón de lenguaje deteriorado, caracterizado por ecolalia (p. ej., repite lo que oye) o palilalia (p. ej., repetir sonidos o palabras una y otra vez). El lenguaje se examinará preguntando al sujeto nombres de objetos de la habitación (p. ej., corbata, vestido, despacho, lámpara) o partes del cuerpo (p. ej., nariz, barbilla, hombro), haciéndole seguir órdenes («Señale la puerta y luego la mesa») o repitiendo frases («sin síes ni peros»).

Los sujetos con demencia pueden presentar apraxia (p. ej., deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras, a pesar de que las capacidades motoras, la función sensorial y la comprensión de la tarea a realizar están intactas) (Criterio A2b). Su capacidad en el uso de objetos (p. ej., usar un cepillo para peinarse) podría estar deteriorada, así como la actividad cons-

tructiva de actos motores conocidos (p. ej., movimiento de la mano para decir adiós). La apraxia puede conducir a déficit en cocinar, vestir y dibujar. Las alteraciones de las habilidades motoras se examinan pidiendo al sujeto que ejecute funciones motoras (p. ej., mostrando cómo se limpia los dientes, copiando figuras tridimensionales [pentágonos entrelazados], que ensamble cubos o que haga con palillos figuras de acuerdo con modelos específicos).

Los sujetos con demencia pueden presentar agnosia (p. ej., fallos en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta) (Criterio A2c). Por ejemplo, el sujeto puede tener una agudeza visual normal, pero ha perdido la capacidad para reconocer objetos como sillas o lápices. En ocasiones es incapaz de reconocer a sus familiares o incluso su propia imagen en el espejo. De forma parecida, puede tener una sensación táctil normal, pero ser incapaz de identificar por el tacto objetos colocados en sus manos (p. ej., monedas o llaves).

Las alteraciones de la actividad constructiva (de ejecución) son manifestaciones habituales de la demencia (Criterio A2d) y pueden estar especialmente relacionadas con trastornos del lóbulo frontal o de las vías subcorticales asociadas. La actividad de ejecución implica la capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo. El deterioro del pensamiento abstracto puede manifestarse por la incapacidad para afrontar situaciones nuevas y evitar situaciones que requieran el procesamiento de información nueva y compleja. La capacidad para la abstracción se examina pidiendo al sujeto que encuentre similitudes o diferencias entre palabras afines. La disfunción de la ejecución se hace también evidente a través de la disminución de la capacidad para cambiar esquemas mentales establecidos y generar información verbal o no verbal para ejecutar actividades motoras consecutivas. Para el examen de la función ejecutiva se pide al sujeto que cuente hasta 10, que recite el alfabeto, que reste una serie de números de siete en siete, que nombre tantos animales como sea posible en 1 min o que dibuje una línea continua a base de alternar dos letras. Es también útil determinar (a través del sujeto y de los informantes) el impacto de la alteración en la vida diaria del sujeto (p. ej., capacidad para el trabajo, planificación de actividades y presupuestos).

Los ítems de los Criterios A1 (deterioro de la memoria) y A2 (afasia, apraxia, agnosia o alteración de la actividad de ejecución) deben ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral (p. ej., ir a la escuela, al trabajo, ir de compras, vestirse, bañarse, manejar temas económicos y otras actividades de la vida diaria) y han de representar un déficit respecto al nivel previo de actividad (Criterio B). La naturaleza y el grado del deterioro varían y en ocasiones dependen del marco social del sujeto. Un mismo nivel de deterioro cognoscitivo puede deteriorar significativamente la capacidad para el desarrollo de un trabajo complejo, pero no para un trabajo menos exigente. Para medir la gravedad del deterioro pueden utilizarse escalas de valoración estandarizadas que miden el cuidado físico (p. ej., la higiene personal), la capacidad intelectual y la habilidad para utilizar utensilios e instrumentos (p. ej., teléfono, lavadora).

No se diagnostica demencia si estos síntomas se presentan exclusivamente durante un delirium. Sin embargo, el delirium puede coexistir con una demencia previa, y en tal caso se realizarán los dos diagnósticos.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los sujetos con demencia pueden llegar a estar desorientados espacialmente y tener dificultades en relación con las tareas espaciales. El funcionamiento visuoespacial se examina pidiendo al sujeto que copie dibujos como un círculo, pentágonos entrelazados y un cubo. Son frecuentes en la demencia la pobreza de introspección y de juicio crítico. Los sujetos pueden tener o no conciencia de

la pérdida de memoria o de otras anomalías cognoscitivas; pueden hacer valoraciones poco realistas de su capacidad y hacer planes sin tener en cuenta sus déficit (p. ej., planificar el inicio de un nuevo negocio) o desestimar los riesgos implicados en algunas actividades (p. ej., conducir). En ocasiones llegan a ser violentos y a herir a otros. El comportamiento suicida se presenta en particular en los estados iniciales, cuando el sujeto es más capaz de llevar a cabo una acción planificada. La demencia se acompaña a veces de alteraciones de la marcha que provocan caídas. Algunos sujetos con demencia muestran un comportamiento desinhibido, que incluye bromas inapropiadas, descuidando el aspecto personal y la higiene, mostrando una indebida familiaridad con extraños o despreciando las normas convencionales que regulan el comportamiento social. Si la demencia se asocia con patología subcortical, puede presentarse un lenguaje farfullante, como sucede en la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington y algunos casos de demencia vascular. Los múltiples deterioros cognoscitivos de la demencia se suelen asociar a ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Las ideas delirantes son frecuentes, sobre todo las que implican temas de persecución (p. ej., el sujeto considera que los objetos que no encuentra le han sido robados). Las alucinaciones se presentan en todas las modalidades sensoriales, pero son más frecuentes las alucinaciones visuales. El delirium está frecuentemente sobreañadido a la demencia, puesto que la enfermedad cerebral subyacente puede aumentar la susceptibilidad a los estados confusionales producidos por medicamentos u otras enfermedades médicas. Los individuos con demencia son especialmente vulnerables a los factores estresantes, tanto físicos (p. ej., una enfermedad o intervención quirúrgica menor), como psicosociales (p. ej., ingreso en el hospital, pérdida de un ser querido), lo que puede agravar sus déficit intelectuales y los problemas que se asocian a ello.

Hallazgos de laboratorio. La exposición de los hallazgos de laboratorio que son específicos de los tipos de demencia se incluyen en el texto que corresponde a cada uno de ellos. Hay anomalías de la actividad cognoscitiva y de la memoria que se pueden evaluar mediante exámenes del estado mental y pruebas neuropsicológicas. La neuroimagen ayuda a realizar el diagnóstico diferencial de demencia. La tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM) pueden revelar la presencia de atrofia cerebral, lesiones cerebrales focales (accidentes vasculares cerebrales, tumores, hematomas subdurales), hidrocefalia o lesiones cerebrales periventriculares isquémicas. Imágenes funcionales como la tomografía por emisión de positrones (PET) o la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) no se utilizan de forma rutinaria en la evaluación de la demencia, aunque proporcionan una información útil para realizar el diagnóstico diferencial en individuos sin pruebas evidentes de cambios estructurales en la TC o RM (p. ej., cambios en el lóbulo parietal en la enfermedad de Alzheimer o alteraciones del lóbulo frontal en las degeneraciones de éste).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los hallazgos de la exploración física asociados a la demencia dependen de la naturaleza, la localización y el estado de progresión de la patología acompañante. La causa más frecuente de demencia es la enfermedad de Alzheimer, seguida por la demencia vascular y, por último, las etiologías múltiples. Otras causas de demencia incluyen la enfermedad de Pick, la hidrocefalia normotensiva, la enfermedad de Parkinson, la corea de Huntington, lesiones traumáticas cerebrales, tumores cerebrales, anoxia, enfermedades infecciosas (p. ej., virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sífilis), enfermedades por virus lentos (p. ej., enfermedad de Creutzfeld-Jakob), enfermedades endocrinas (p. ej., hipotiroidismo, hipercalcemia, hipoglucemia), deficiencias vitamínicas (p. ej., deficiencias de tiamina, niacina, vitamina B₁₂), trastornos inmunológicos (p. ej., polimialgia reumática, lupus eritematoso), enfermedades hepáticas, enfermedades metabólicas (p. ej., enfermedad de Kuf, adrenoleucodistrofia, leucodistrofia metacromática y otras enfermedades de depósito en niños y adultos) y otras enfermedades neurológicas (p. ej., esclerosis múltiple).

Síntomas dependientes de la cultura y la edad

Se debe tener en cuenta el bagaje cultural y educativo del individuo al valorar su capacidad mental. Algunos sujetos no están familiarizados con la información que se utiliza en algunas pruebas de conocimiento general (p. ej., nombres de presidentes, nociones de geografía), memoria (p. ej., fechas de nacimiento en culturas que no celebran los aniversarios) y orientación (p. ej., el sentido de localización y lugar se conceptualiza de forma diferente en algunas culturas). La prevalencia de las diversas causas de demencia (p. ej., infecciones, deficiencias nutricionales, lesiones traumáticas cerebrales, enfermedades endocrinas, enfermedades cerebrovasculares, trastornos comiciales, tumores cerebrales, abuso de sustancias) varía de forma sustancial entre distintos grupos culturales.

La edad de inicio de la demencia depende de la etiología, pero habitualmente es tardía, con mayor prevalencia por encima de los 85 años. En los niños pequeños puede ser difícil documentar el deterioro significativo de la memoria y de las múltiples habilidades cognitivas necesarias para el diagnóstico de demencia. Por tanto, el diagnóstico de demencia puede no ser factible hasta que el niño es mayor (con frecuencia entre los 4 y 6 años). En sujetos menores de 18 años con retraso mental debe realizarse un diagnóstico adicional de demencia sólo si los trastornos no se explican de forma satisfactoria por el simple diagnóstico de retraso mental. La demencia es poco frecuente en niños y adolescentes, pero puede presentarse como resultado de enfermedades médicas (p. ej., lesión cerebral, tumores cerebrales, infecciones por VIH, accidentes vasculares cerebrales y adrenoleucodistrofias). La demencia en los niños puede presentarse como un deterioro de la actividad (como en los adultos) o como un retraso o una desviación del desarrollo significativos. El deterioro del rendimiento escolar puede ser el primer síntoma.

Prevalencia

La prevalencia señalada en los diversos estudios epidemiológicos depende de la edad de los sujetos de la muestra; de los métodos para determinar la presencia, gravedad, y tipo de deterioro cognoscitivo, y de las regiones o países estudiados. En población adulta los estudios comunitarios prospectivos a 1 año han estimado una prevalencia de casi un 3 % de deterioro cognoscitivo grave. Este estudio evaluó a los individuos con el instrumento breve que examina el estado mental actual (el Mini-Mental State Exam), que no identifica diagnósticos específicos. Se estima que el 2-4 % de la población mayor de 65 años padece demencia tipo Alzheimer, siendo otros tipos de demencia mucho menos frecuentes. La prevalencia de la demencia tipo Alzheimer y de la demencia vascular aumenta con la edad, en particular después de los 75 años, alcanzando una prevalencia del 20 % o más por encima de los 85 años.

Curso

El término «demencia» implicaba históricamente un curso progresivo o irreversible. Sin embargo, la definición de demencia del DSM-IV se basa en un patrón de déficit cognoscitivos y no conlleva connotaciones acerca del pronóstico. La demencia puede ser progresiva, estática o en remisión. La reversibilidad de la demencia está en función de la patología subyacente y de la rapidez y disponibilidad de aplicación del tratamiento eficaz. El modo de inicio y el curso subsiguiente dependerán también de la etiología subyacente. El grado de discapacidad depende no sólo de la gravedad de los deterioros cognoscitivos del individuo, sino también de la disponibilidad de soporte social. En las formas avanzadas de demencia los individuos pueden llegar a estar totalmente desconectados del entorno y requerir cuidados constantes. Los individuos con demencia grave

son susceptibles a los accidentes y a las enfermedades infecciosas, que con frecuencia producen un fatal desenlace.

Diagnóstico diferencial

El deterioro de la memoria se presenta tanto en el **delirium** como en la demencia. El delirium también se caracteriza por una reducción de la capacidad para mantener y dirigir la atención de forma apropiada. Es típico que los síntomas del delirium fluctúen, mientras que los síntomas de la demencia son relativamente estables. Los múltiples deterioros cognoscitivos que persisten inalterados durante unos meses sugieren demencia en lugar de delirium. El delirium puede sobreañadirse a la demencia, y en tal caso se diagnosticarán ambos trastornos. En los casos en los que no sea claro si los déficit cognoscitivos se deben a delirium o a demencia, puede ser útil realizar el diagnóstico de delirium y observar cuidadosamente al sujeto mientras se investiga la naturaleza de la alteración.

El **trastorno amnésico** se caracteriza por un grave deterioro de la memoria, sin otros deterioros significativos de la función cognoscitiva (p. ej., afasia, apraxia, agnosia o alteraciones de la ejecución).

El diagnóstico específico de demencia viene determinado por su presunta etiología. Si el clínico ha determinado que la demencia es debida a **etiologías múltiples**, debe utilizar los distintos códigos según las demencias específicas (v. demencia debida a múltiples etiologías, pág. 161). En la **demencia vascular** existen signos neurológicos focales (exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de extensión del reflejo plantar) y pruebas de laboratorio sugerentes de enfermedad vascular. El curso clínico de la demencia vascular es variable y es típico su progreso por etapas. La presencia de **demencia debida a otras enfermedades médicas** (p. ej., enfermedad de Pick, VIH) requiere la demostración a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio apropiadas de que la enfermedad médica está relacionada etiológicamente con la demencia. Es útil conocer el inicio del deterioro (gradual o súbito) y su curso (agudo, subagudo o crónico) para sugerir la etiología. Por ejemplo, la gravedad del deterioro de las funciones cognoscitivas suele permanecer estable después de una lesión cerebral, una encefalitis o un accidente vascular cerebral.

Los múltiples déficit cognoscitivos que se presentan en el contexto del consumo de sustancias se diagnostican como **intoxicación por sustancias** o **abstinencia de sustancias**. Si la demencia es el resultado de los efectos persistentes de una sustancia (p. ej., droga de abuso, medicación o exposición a tóxicos) entonces se diagnosticará **demencia inducida por el consumo persistente de sustancias**. Deben considerarse siempre otras causas de demencia (p. ej., demencia debida a una enfermedad médica), incluso en una persona con dependencia de sustancias. Por ejemplo, la lesión cerebral no es rara durante el uso de sustancias y puede ser la razón fundamental de la demencia. El diagnóstico de **demencia tipo Alzheimer** se hace habitualmente por exclusión tras descartarse otras posibles causas de demencia (v. antes). Además, el curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo. Se codificará **demencia no especificada** cuando no haya suficientes pruebas para determinar si la demencia es debida a una enfermedad médica o a la acción de sustancias. Los sujetos pueden presentar algunos, aunque no todos, los síntomas de demencia. Estos cuadros clínicos deben codificarse como **trastorno cognoscitivo no especificado**.

El **retraso mental** se caracteriza por una capacidad intelectual general por debajo del promedio y se acompaña al mismo tiempo de deterioro de la capacidad de adaptación, iniciándose antes de los 18 años. El retraso mental no se asocia necesariamente con el deterioro de la memoria. Por el contrario, la edad de inicio es con frecuencia más tardía. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se diagnosticará retraso mental y demencia si el inicio de la demencia tuvo lugar antes de los 18 años. En niños menores de 4 años puede resultar difícil documentar el significativo deterioro de la memoria y de otras habilidades cognoscitivas. En sujetos mayores de 18 años el diagnóstico de demencia debe establecerse sólo si la alteración no se explica de forma satisfactoria por el simple diagnóstico de retraso mental.

En la **esquizofrenia** también puede haber múltiples deterioros cognoscitivos con un deterioro de la actividad, pero, al contrario que en la demencia, el inicio es generalmente más temprano, con un patrón de síntomas característico y ausencia de una etiología específica, como son una enfermedad médica o el consumo de sustancias. El deterioro cognoscitivo asociado a la esquizofrenia es típicamente menos intenso que el de la demencia.

El **trastorno depresivo mayor** puede acompañarse de quejas sobre el deterioro de la memoria, la dificultad en el pensamiento y la capacidad de concentración y de reducción global de la capacidad intelectual. Además, puede haber unos malos rendimientos en la exploración y en las pruebas neuropsicológicas. En personas mayores a menudo es especialmente difícil determinar si los síntomas cognoscitivos se explican mejor por la demencia o por el episodio depresivo mayor. Se puede realizar el diagnóstico diferencial a través del examen médico, del inicio de la alteración, de la secuencia temporal de los síntomas depresivos y cognoscitivos, del curso de la enfermedad, de la historia familiar y de la respuesta al tratamiento. El estado premórbido del sujeto puede ayudar a diferenciar la «seudodemencia» (p. ej., deterioros cognoscitivos debidos a un episodio depresivo mayor) de la demencia. En ésta, hay con frecuencia una historia premórbida de deterioro de la función cognoscitiva, mientras que un sujeto con un episodio depresivo mayor es mucho más probable que tenga un estado premórbido relativamente normal y que el déficit cognoscitivo se asocie a la depresión. Hay que diagnosticar ambos trastornos si el clínico determina que ambos están presentes y se deben a etiologías independientes.

La demencia debe diferenciarse de la **simulación** y del **trastorno facticio**. Los déficit cognoscitivos presentes en la simulación y en el trastorno facticio no son habitualmente consistentes a lo largo del tiempo y difieren de los que son típicos de la demencia. Por ejemplo, los individuos simuladores o con trastornos facticios que se asemejan a la demencia pueden realizar cálculos para mantener sus puntuaciones en un juego de cartas y quejarse de no poder realizar cálculos similares durante el examen de su estado mental.

La demencia debe distinguirse del deterioro fisiológico de las funciones cognoscitivas que se produce con el **envejecimiento** (como el déficit cognoscitivo relacionado con la edad). El diagnóstico de demencia sólo se justifica si hay pruebas evidentes que demuestren que el deterioro cognoscitivo y de la memoria es mayor que el que cabe esperar debido al proceso normal de envejecimiento, y si los síntomas provocan un deterioro de la actividad laboral o social.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El concepto general de demencia que aparece en el DSM-IV es similar al de la CIE-10 (es decir, deterioro de la memoria acompañado de una disminución de otras capacidades cognoscitivas). Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 son más estrictos en diversos aspectos: la duración mínima de esta alteración está establecida en 6 meses, los déficit adicionales están limitados a la capacidad de juicio y pensamiento, y al procesamiento general de la información, y todo ello debe acompañarse a la vez de una «reducción del control emocional o de la motivación, o un cambio en el comportamiento social».

Demencia tipo Alzheimer

Características diagnósticas

Los déficit cognoscitivos (Criterio A) y el deterioro requerido (Criterio B) se comentan en las páginas 139-141. El inicio de la demencia tipo Alzheimer es gradual e implica un deterioro cognos-

citivo continuo (Criterio C). Debido a la dificultad de obtener pruebas patológicas directas de la presencia de la enfermedad de Alzheimer, el diagnóstico sólo se establecerá tras haber descartado otras etiologías de demencia. Específicamente, los déficit cognoscitivos no se deben a otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit progresivos en las capacidades cognoscitivas y en la memoria (p. ej., enfermedades cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington), ni a enfermedades sistémicas que es conocido que provocan demencia (p. ej., hipotirodismo, deficiencia de vitamina B₁₂, infecciones por el VIH), ni tampoco a efectos persistentes del consumo de sustancias (p. ej., alcohol) (Criterio D). Si hay una etiología añadida (p. ej., traumatismo craneal que empeora la demencia de tipo Alzheimer), ambos tipos de demencia deberán ser codificados (v. demencia debida a múltiples etiologías, pág. 161). La demencia tipo Alzheimer no debe diagnosticarse si los síntomas se presentan exclusivamente durante el delirium (Criterio E). Sin embargo, el delirium puede sobreañadirse a una demencia previa de tipo Alzheimer, en cuyo caso debe señalarse el subtipo con delirium. Por último, los déficit cognoscitivos no se explican por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor o esquizofrenia) (Criterio F).

Subtipos y especificaciones

La edad de inicio de la demencia tipo Alzheimer puede ser señalada con el uso de uno de los siguientes subtipos:

Inicio temprano. Este subtipo se usará si el inicio de la demencia se presenta a los 65 años o antes.

Inicio tardío. Este subtipo se usará si la demencia se inicia después de los 65 años.

Deben utilizarse los siguientes subtipos (cada uno con su propio código) para indicar el síntoma predominante del cuadro clínico actual:

Con ideas delirantes. Este subtipo se usa si las ideas delirantes constituyen los síntomas predominantes.

Con estado de ánimo depresivo. Se usa este subtipo si predomina un estado de ánimo depresivo (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen los criterios para episodio depresivo mayor). No se establecerá un diagnóstico separado de trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica.

No complicado. Se usa este subtipo si ninguno de los subtipos mencionados resulta predominante en el cuadro clínico actual.

También se podrá señalar la presencia de alteraciones del comportamiento (p. ej., vagabundeo) cuando éstas sean significativas, utilizando la especificación (que no puede codificarse) **con trastorno de comportamiento**.

Procedimiento de tipificación

Por convención, sólo la demencia tipo Alzheimer y la demencia vascular poseen subtipos codificados. Los códigos diagnósticos seleccionados son los siguientes:

- Para la demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano, el código depende de los síntomas predominantes determinados por los subtipos: F00.01 Con ideas delirantes [290.12], F00.03 Con estado de ánimo depresivo [290.13] y F00.00 No complicado [290.10].

- Para la demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, el código depende también de los síntomas predominantes determinados por los subtipos: F00.11 Con ideas delirantes [290.20], F00.13 Con estado de ánimo depresivo [290.21] y F00.10 No complicado [290.0].

El especificador con trastorno del comportamiento no está codificado, pero puede aplicarse a cada uno de los subtipos mencionados (p. ej., F00.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo, con trastorno de comportamiento [290.21]). Además, G30.0 Enfermedad de Alzheimer de inicio temprano o G30.1 Enfermedad de Alzheimer deben codificarse en el Eje III [(para CIE-9-MC, 331.0 Enfermedad de Alzheimer en el Eje III)].

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Para la exposición general de las características y trastornos asociados a demencia, véase la página 141. La prevalencia de la demencia es mayor en los sujetos con síndrome de Down y en quienes tienen historia de traumatismo craneal. Los cambios patológicos que son característicos de la enfermedad de Alzheimer están presentes en los cerebros de los individuos con síndrome de Down cuando están cerca de los 40 años, aun cuando los síntomas clínicos no sean evidentes hasta más tarde.

Hallazgos de laboratorio. En la mayoría de los casos la atrofia cerebral está presente en la demencia tipo Alzheimer, con mayor dilatación de los surcos y mayor ensanchamiento de los ventrículos de lo esperado en el proceso normal de envejecimiento. Esto puede demostrarse por tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM). El examen microscópico revela con frecuencia cambios histopatológicos, que incluyen placas seniles, nudos neurofibrilares, degeneración granulovascular, pérdida neuronal, gliosis astrocitaria y angiopatía amiloide. A veces se encuentran cuerpos de Lewis en neuronas corticales.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. En los primeros años de la enfermedad se asocian a la demencia tipo Alzheimer pocos signos sensoriales y motores. Más tarde pueden aparecer mioclonías y alteraciones de la marcha. Las crisis comiciales se presentan en aproximadamente el 10 % de los sujetos con el trastorno.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Para la exposición general de los síntomas asociados a la demencia, véase la página 143. El inicio tardío de la demencia tipo Alzheimer es mucho más frecuente que su inicio precoz. Pocos casos se desarrollan antes de los 50 años. El trastorno es algo más frecuente en mujeres que en varones.

Prevalencia

Se estima que entre el 2 y el 4 % de la población mayor de 65 años presenta demencia. La prevalencia aumenta con la edad, en especial después de los 75 años.

Curso

Para la exposición general del curso de la demencia, véase la página 143. El curso de la demencia tipo Alzheimer tiende a progresar lentamente, con una pérdida de 3-4 puntos/año en la

evaluación estandarizada con instrumentos como el examen del estado mental (Mini-Mental). Se han descrito diversos patrones de déficit. Un patrón habitual es el inicio insidioso, con rápidos déficit de memoria reciente, y el desarrollo de afasia, apraxia y agnosia después de algunos años. Algunos individuos presentan cambios de personalidad o aumento de la irritabilidad en estadios iniciales. En fases avanzadas de la enfermedad pueden presentarse alteraciones de la marcha, alteraciones motoras y en ocasiones mutismo y postración en cama. La duración media de la enfermedad desde el inicio de los síntomas a la muerte es de 8-10 años.

Patrón familiar

Comparados con la población general, los sujetos con familiares de primer grado con demencia tipo Alzheimer de inicio precoz tienen más probabilidades de presentar el trastorno. Los casos de inicio tardío también tienen un componente genético. En algunas familias con demencia tipo Alzheimer de inicio precoz se ha demostrado una herencia de tipo dominante ligada a algunos cromosomas, entre ellos los cromosomas 21, 14 y 19. Sin embargo, no se conoce la proporción de casos relacionados con una herencia específica.

Diagnóstico diferencial

Para la exposición general del diagnóstico diferencial de demencia, véase la página 144.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Al igual que el DSM-IV, la CIE-10 recoge dos subtipos de demencia tipo Alzheimer: de inicio temprano y de inicio tardío. Sin embargo, a diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para estos subtipos especifican a la vez aspectos del curso clínico y tipos de déficit característicos: los casos de inicio temprano deben tener un «inicio y evolución relativamente rápidos» y un tipo característico de afectación cognoscitiva (p. ej., afasia), mientras que los casos de inicio tardío deben caracterizarse por un inicio muy lento y gradual donde predomine el deterioro de la memoria sobre otros déficit intelectuales. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de demencia de la enfermedad de Alzheimer.

■ Criterios para el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer

- A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:
- (1) deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
 - (2) una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer
(continuación)

- (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)
- B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.
- D. Los déficit cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:
- (1) otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
 - (2) enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B₁₂ y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
 - (3) enfermedades inducidas por sustancias
- E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Códigos basados en el tipo de inicio y las características predominantes:

De inicio temprano: si el inicio es a los 65 años o antes

[Para CIE-9-MC, **[290-11] Con delirium:** si el delirium se sobreañade a la demencia]

F00.01 Con ideas delirantes [290.12]: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

F00.03 Con estado de ánimo depresivo [290.13]: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

F00.00 No complicado [290.10]: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual

De inicio tardío: si el inicio es después de los 65 años

[Para CIE-9-MC, **[290-3] Con delirium:** si el delirium se sobreañade a la demencia]

F00.11 Con ideas delirantes [290.20]: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer
(continuación)

F00.13 Con estado de ánimo depresivo [290.21]: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

F00.10 No complicado [290.0]: si ninguno de los antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual

Especificar si:

Con trastorno de comportamiento

Nota de codificación: Codificar también en Eje III G30.0 Enfermedad de Alzheimer de inicio temprano o G30.1 Enfermedad de Alzheimer de inicio tardío (para CIE-9-MC, 331.0 Enfermedad de Alzheimer).

F01.xx Demencia vascular [290.4x]
(antes denominada demencia multiinfarto)

Características diagnósticas

Los déficit cognoscitivos (Criterio A) y el deterioro requerido (Criterio B) en la demencia vascular se comentan en las páginas 139-141. Debe haber demostración de una enfermedad cerebrovascular (p. ej., síntomas y signos neurológicos focales o pruebas de laboratorio) que se estima etiológicamente relacionada con la demencia (Criterio C). Los síntomas y signos neurológicos incluyen la respuesta de extensión del reflejo plantar, parálisis pseudobulbar, anomalías de la marcha, exageración de los reflejos tendinosos profundos o debilidad de una extremidad. La tomografía computarizada (TC) del cerebro y la resonancia magnética (RM) demuestran con frecuencia múltiples lesiones vasculares en la corteza cerebral y en las estructuras subcorticales. La demencia vascular no debe diagnosticarse si los síntomas se presentan exclusivamente durante el delirium (Criterio D). Si embargo, el delirium puede sobreañadirse a una demencia vascular previa, en cuyo caso debe indicarse el subtipo con delirium.

Subtipos

Hay que utilizar los siguientes subtipos (cada uno de ellos tiene su propio código) para indicar el síntoma predominante del cuadro clínico actual:

Con ideas delirantes: se usa este subtipo si el síntoma predominante son las ideas delirantes.

Con estado de ánimo depresivo: se usa este subtipo si el estado de ánimo depresivo (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen criterios para el episodio depresivo mayor) es predominante. No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica.

No complicado: se utiliza este subtipo si ninguno de los subtipos mencionados es predominante en el cuadro clínico actual.

El especificador **con trastorno de comportamiento** (que no puede ser codificado) también se usa para indicar trastorno significativo de comportamiento (p. ej., vagabundeo).

Procedimiento de tipificación

Por convención, sólo la demencia vascular y la demencia tipo Alzheimer poseen subtipos codificados. Los códigos diagnósticos para la demencia vascular dependen de los subtipos que indican los síntomas predominantes: F01.81 Con ideas delirantes [290.42], F01.83 Con estado de ánimo depresivo [290.43], F01.80 No complicado [290.40]. El especificador con trastorno de comportamiento no se codifica y puede aplicarse en cada uno de los subtipos mencionados (p. ej., F01.83 Demencia vascular con estado de ánimo depresivo, con trastorno de comportamiento [290.43]). Además, la enfermedad cerebrovascular (p. ej., I64 Accidente vascular cerebral [436]) se codificará en el Eje III.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Para la exposición general de los síntomas y trastornos mentales asociados a la demencia, véase la página 141.

Hallazgos de laboratorio. La extensión de las lesiones del sistema nervioso central detectadas por TC y RM en la demencia vascular excede de la de los cambios detectados en cerebros de personas mayores sanas (p. ej., hiperintensidades periventricular y de la sustancia blanca observadas en la RM). Las lesiones aparecen tanto en la sustancia blanca como en la sustancia gris, e incluyen núcleos y regiones subcorticales. Pueden observarse huellas de infartos antiguos (p. ej., atrofia focal), así como pruebas más recientes de la enfermedad. Los hallazgos del EEG pueden reflejar lesiones focales en el cerebro. Además, puede haber pruebas que demuestren enfermedades vasculares sistémicas y cardíacas asociadas (p. ej., alteraciones del EEG, pruebas de laboratorio que demuestren insuficiencia renal).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los signos neurológicos frecuentes se exponen en el apartado «Características diagnósticas» (p. ej., reflejos anormales, debilidad de una extremidad, alteraciones de la marcha). A menudo hay pruebas de la presencia de una hipertensión crónica (p. ej., anomalías fonendoscópicas, dilatación del corazón), de enfermedad valvular (p. ej., tonos cardíacos anormales) o enfermedades vasculares extracraneales que pueden ser el origen de una embolia cerebral. Un accidente vascular cerebral aislado puede provocar un cambio del estado mental relativamente circunscrito (p. ej., la afasia que sigue a una lesión del hemisferio izquierdo, o un trastorno amnésico por infarto del trayecto de las arterias cerebrales posteriores), pero, en general, no provoca demencia vascular: ésta es el resultado típico, frecuentemente en distintos momentos, de la ocurrencia de múltiples accidentes vasculares cerebrales.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Para la exposición general de los síntomas de la demencia en relación con la cultura, la edad y el sexo, véase la página 143.

El inicio de la demencia vascular es típicamente más precoz que el de la demencia tipo Alzheimer. El trastorno aparentemente es más frecuente en varones que en mujeres.

Prevalencia

La demencia vascular parece mucho menos frecuente que la demencia tipo Alzheimer.

Curso

Para la exposición general del curso de la demencia, véase la página 143.

El inicio de la demencia vascular es típicamente brusco, seguido por un curso fluctuante, por etapas, que se caracteriza por rápidos cambios de la actividad del sujeto, más que por una lenta progresión. Sin embargo, el curso es a veces tan variable, que puede darse asimismo un inicio rápido con un deterioro gradual. Frecuentemente, el patrón de deterioro es irregular, dependiendo de las regiones del cerebro afectadas. Algunas funciones cognoscitivas se afectan antes, mientras que otras se mantienen relativamente sin deterioro. Un tratamiento precoz de la hipertensión y de la enfermedad vascular puede prevenir su rápida progresión.

Diagnóstico diferencial

Para la exposición general del diagnóstico diferencial de la demencia véase la página 144.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la demencia vascular vienen definidos de modo más estricto que los del DSM-IV, ya que la CIE-10 requiere la desigual distribución de los déficit en las funciones cognoscitivas mayores y la presencia de pruebas clínicas y de laboratorio demostrativas de lesión cerebral focal. Además, la CIE-10 subespecifica la demencia vascular en inicio agudo, multiinfártica, subcortical y mixta cortical y subcortical.

■ Criterios para el diagnóstico de F01.xx Demencia vascular [290.4x]

- A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:
- (1) deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
 - (2) una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) alteración de la actividad constructiva (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)
- B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F01.xx Demencia vascular [290.4x]
(continuación)

- C. Los signos y síntomas neurológicos (p. ej., exageración de los reflejos tendinosos profundos, respuesta de extensión plantar, parálisis pseudobulbar, anomalías en la marcha, debilidad de una extremidad) o las pruebas de laboratorio sugerentes de la presencia de una enfermedad cerebrovascular se estiman etiológicamente relacionadas con la alteración (p. ej., infartos múltiples que implican al córtex y a la sustancia blanca acompañante).
- D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Códigos basados en las características predominantes:

Para CIE-9-MC, [290.41] **Con delirium**: si el delirium se sobreañade a la demencia

F01.81 Con ideas delirantes [290.42]: si las ideas delirantes son el síntoma predominante

F01.83 Con estado de ánimo depresivo [290.43]: si el estado de ánimo depresivo es predominante (incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). No debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

F01.80 No complicada [290.40]: si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual

Especificar si:

Con alteración de comportamiento

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III de la enfermedad cerebrovascular.

Demencia debida a otras enfermedades médicas

Características diagnósticas

Los déficit cognoscitivos (Criterio A) y el deterioro requerido (Criterio B) para la demencia debida a otras enfermedades médicas se comentan en las páginas 139-141. Debe demostrarse a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio que la enfermedad médica se estima etiológicamente relacionada con la demencia (p. ej., infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], lesión traumática cerebral, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, enfermedad de Pick, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, hidrocefalia normotensiva, hipotiroidismo, tumor cerebral o deficiencia de vitamina B₁₂) (Criterio C). No se diagnostica demencia debida a enfermedad médica si los síntomas aparecen exclusivamente durante el delirium (Criterio D). Sin embargo, el delirium se puede sobreañadir a una demencia previa debida a una enfermedad médica, y en tal caso deben realizarse ambos diagnósticos.

Para determinar si la demencia es debida a una enfermedad médica, el clínico debe establecer primero su presencia. Además, debe establecer el mecanismo fisiológico por el que la demencia se estima etiológicamente relacionada con dicha enfermedad médica. Parar hacer este juicio, es necesario un análisis cuidadoso y comprensivo de los múltiples factores que intervienen. Aunque

no hay una guía infalible para determinar si la relación entre la demencia y la enfermedad médica es etiológica, algunas consideraciones pueden servir de orientación. La primera consideración hace referencia a la asociación temporal entre el inicio de la reagudización de la enfermedad médica y los déficit cognoscitivos. Si existen datos en la literatura que sugieran la existencia de una asociación directa entre la enfermedad médica en cuestión y el desarrollo de la demencia, ello ayudará a la valoración de cada caso. Además, el clínico debe juzgar si la alteración no es más explicable por la existencia de una demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, demencia por consumo persistente de sustancias u otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor). Todo ello se comenta con mayor detalle en la sección «Trastornos mentales debidos a enfermedad médica» (pág. 171).

Para la discusión general de los síntomas y trastornos asociados a la demencia, véase la página 141.

Procedimiento de tipificación

Hay códigos específicos para algunas de las demencias debidas a enfermedades médicas (v. los criterios de cada una de ellas). Los términos y códigos se seleccionan dependiendo de la etiología de la enfermedad específica (p. ej., F02.3 Demencia debida a enfermedad de Parkinson [294.1]). En el Eje III debe también registrarse la enfermedad etiológica (p. ej., G20 Enfermedad de Parkinson [332.0]). La categoría «otras» (código 702.8 [294.1]) se incluye para la etiología de las enfermedades no citadas específicamente y se registra en el Eje I anotando la demencia y la enfermedad de etiología específica (p. ej., F02.8 Demencia debida a hipotiroidismo [294.1]). El código de la etiología de la enfermedad debe anotarse en el Eje III (p. ej., E03.9 Hipotiroidismo [244.9]).

En un sujeto con una historia establecida de demencia y con un delirium sobreañadido debido a una enfermedad médica hay que codificar en el Eje I tanto la demencia como el delirium (p. ej., F02.3 Demencia debida a enfermedad de Parkinson [294.1] y F05.1 Delirium debido a encefalopatía hepática [293.0]).

F02.4 Demencia debida a enfermedad por VIH [294.9]

La característica esencial de la demencia debida a la enfermedad por VIH es la presencia de una demencia que se estima como un efecto fisiopatológico directo de la enfermedad producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los hallazgos neuropatológicos más frecuentes incluyen la destrucción multifocal difusa de la sustancia blanca y de las estructuras subcorticales. El líquido cefalorraquídeo puede mostrar un nivel de proteínas normal o elevado, con moderada linfocitosis, y habitualmente se aísla el VIH. La demencia que se asocia a la infección directa del sistema nervioso central por VIH se caracteriza por olvidos, enlentecimiento, dificultad de concentración y dificultades en la resolución de problemas. Las manifestaciones comportamentales más frecuentes son apatía, retraimiento social, delirium ocasional, ideas delirantes o alucinaciones. En la exploración física se observa temblor, deterioro de los movimientos rápidos repetitivos, falta de equilibrio, ataxia, hipertonía, hiperreflexia generalizada, signos positivos de liberación frontal y deterioro de los movimientos palpebrales y de seguimiento ocular. Los niños también pueden desarrollar demencia debida a enfermedad por VIH, que de forma típica se manifiesta por retraso del desarrollo, hipertonía, microcefalia y calcificación de los ganglios basales. La demencia asociada con infección por VIH puede ser resultado de tumores acompañantes del sistema nervioso central (p. ej., linfoma primario del sistema nervioso central) o de infecciones oportunistas (p. ej., toxoplasmosis, infección por citomegalovirus, tuberculosis y sífilis), caso en el que debe diagnosticarse el tipo apropiado de demencia (p. ej., F02.8 Demencia debida a toxoplas-

mosis [294]). Pueden presentarse también infecciones sistémicas poco frecuentes (p. ej., neumonía por *Pneumocystis carinii*) o neoplasias (p. ej., sarcoma de Kaposi).

F02.8 Demencia debida a traumatismo craneal [294.1]

La característica esencial de la demencia debida a traumatismo craneal es la presencia de una demencia que se estima como un efecto fisiopatológico directo del traumatismo craneal. El grado y tipo del deterioro cognoscitivo dependen de la localización y extensión de la lesión cerebral. Es frecuente la amnesia postraumática con deterioro persistente de la memoria. Pueden presentarse otros síntomas comportamentales diversos, con o sin déficit sensoriales o motores. Entre estos síntomas se incluyen afasia, problemas de atención, irritabilidad, ansiedad, depresión o labilidad afectiva, apatía, aumento de respuestas agresivas y otros cambios de personalidad. A menudo, en los sujetos con lesiones cerebrales agudas están presentes el alcohol u otras sustancias que pueden dar lugar a dependencia o abuso. Las lesiones cerebrales son más frecuentes en jóvenes, en especial los que practican comportamientos de alto riesgo. Cuando se presentan en el contexto de una sola lesión, la demencia debida a traumatismo craneal con frecuencia no es progresiva, pero tras repetidas lesiones cerebrales (p. ej., por el boxeo) puede llegar a progresar (la llamada demencia pugilística). Un sólo traumatismo cerebral seguido de un progresivo deterioro de las funciones cognoscitivas debe hacer pensar en la posibilidad de otro proceso sobreañadido, como una hidrocefalia o un episodio depresivo mayor.

F02.3 Demencia debida a enfermedad de Parkinson [294.1]

La característica esencial de la demencia debida a enfermedad de Parkinson es la presencia de una demencia que se estima como un efecto fisiopatológico directo de la enfermedad de Parkinson. La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurológica lenta y progresiva que se caracteriza por temblor, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural. La demencia se presenta en aproximadamente el 20-60 % de los sujetos con enfermedad de Parkinson y es más frecuente en personas mayores o en las que presentan una enfermedad más grave y avanzada. La demencia asociada a la enfermedad de Parkinson se caracteriza por enlentecimiento motor y cognoscitivo, disfunción de la capacidad de ejecución y deterioro de la memoria de evocación. El deterioro de las funciones cognoscitivas en los individuos con enfermedad de Parkinson se exacerba frecuentemente con la depresión. En la exploración física se encuentran hallazgos característicos, como son signos anormales de la actividad motora, temblor en reposo, enlentecimiento y pobreza de movimientos (como microfagia), o rigidez muscular y pérdida de movimientos asociados. En la autopsia son evidentes la pérdida neuronal y los cuerpos de Lewis en la sustancia negra. Hay bastantes síndromes que se pueden presentar con demencia, trastornos parkinsonianos del movimiento y síntomas neurológicos adicionales (p. ej., parálisis supranuclear progresiva, degeneración olivopontocerebelosa y demencia vascular). En algunos individuos con enfermedad de Parkinson y demencia se ha encontrado en la autopsia signos neuropatológicos indicativos de enfermedad de Alzheimer o de enfermedad de cuerpos de Lewis difusos.

F02.2 Demencia debida a enfermedad de Huntington [294.1]

La característica esencial de la demencia debida a enfermedad de Huntington es la presencia de una demencia que se estima como un efecto fisiopatológico directo de la corea de Huntington. La enfermedad de Huntington es una enfermedad hereditaria progresiva y degenerativa que afec-

ta las funciones cognoscitivas, las emociones y el movimiento. La enfermedad afecta por igual a los varones y a las mujeres, y es transmitida por un gen simple autosómico dominante, localizado en el brazo corto del cromosoma 4. Con frecuencia la enfermedad se diagnostica entre los 30 y 40 años, pero puede empezar tan pronto como a los 4 años, en la edad juvenil y, en sus formas tardías, después de los 85 años. El inicio de la enfermedad de Huntington va precedido por cambios insidiosos del comportamiento y la personalidad, que incluye depresión, irritabilidad y ansiedad. En algunos sujetos se presenta con anomalías del movimiento parecidas a la inquietud por nerviosismo y más tarde progresa hacia la característica coreoatetosis. En el inicio del curso son frecuentes las dificultades de memoria y de capacidad de ejecución y de juicio, y los déficit mnésicos se hacen más intensos con el progreso de la enfermedad. A veces hay síntomas psicóticos y un lenguaje desorganizado. Debido a la atrofia del estriado, en fases avanzadas de la enfermedad pueden verse imágenes características de la estructura del cerebro («ventrículos encajonados»). En fases iniciales la tomografía por emisión de positrones (TEP) puede mostrar un hipometabolismo del estriado. Los hijos de los enfermos de Huntington tienen un 50 % de posibilidades de padecer la enfermedad. Se dispone de un test genético capaz de determinar con relativa certeza el grado de riesgo para desarrollar la enfermedad en un individuo determinado; sin embargo, esta prueba debe ser realizada en centros con experiencia en el consejo y seguimiento de individuos en riesgo de desarrollar enfermedad de Huntington.

F02.0 Demencia debida a enfermedad de Pick [290.10]

La característica esencial de la demencia debida a enfermedad de Pick es la presencia de una demencia que se estima como un efecto fisiopatológico directo de la enfermedad de Pick. La enfermedad de Pick es una enfermedad degenerativa del cerebro que afecta, en particular, los lóbulos frontales y temporales. Como en otras demencias del lóbulo frontal, la enfermedad de Pick se caracteriza clínicamente por iniciarse con cambios de la personalidad, deterioro de las habilidades sociales, embotamiento emocional, desinhibición comportamental y anomalías llamativas del lenguaje. A lo largo del curso se presentan dificultades de memoria, apraxia y otros síntomas habituales de demencia. Pueden hacerse patentes reflejos primitivos (cabeceo, chupeteo, agarramiento). Cuando la demencia progresa puede acompañarse de apatía y agitación intensa. Las importantes alteraciones del lenguaje, la atención o el comportamiento dificultan la valoración del grado de deterioro cognoscitivo. La imagen estructural cerebral revela de forma típica atrofia predominante frontal y/o temporal, y la imaginería funcional puede localizar un hipometabolismo frontotemporal, incluso en ausencia de clara atrofia estructural. Con frecuencia, el trastorno se manifiesta como tal entre los 50 y 60 años, aunque puede presentarse en sujetos mayores. La enfermedad de Pick es uno de los procesos demenciales que se asocian a la atrofia frontotemporal. El diagnóstico específico de demencia del lóbulo frontal, como en la enfermedad de Pick, se establece habitualmente por la autopsia, con los hallazgos patológicos de los característicos cuerpos de inclusión argentófilos intraneuronales de Pick. Clínicamente, la enfermedad de Pick puede no distinguirse de algunos casos atípicos de enfermedad de Alzheimer o de otras demencias que afectan los lóbulos frontales.

F02.1 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [290.10]

La característica esencial de la demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob Huntington es la presencia de una demencia que se estima como un efecto fisiopatológico directo de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es una encefalopatía espongiiforme subaguda, del grupo de enfermedades del sistema nervioso central provocada por agentes transmisibles conocidos como «virus lentos». De forma típica, los sujetos con enfermedad de

Creutzfeldt-Jakob manifiestan la tríada clínica constituida por demencia, movimientos involuntarios (en particular mioclonías) y actividad del EEG periódica. Sin embargo, más del 25 % de los individuos con el trastorno presenta cuadros clínicos atípicos, y la enfermedad sólo puede confirmarse por la biopsia o autopsia demostrativa de los cambios neuropatológicos espongiiformes. La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob puede presentarse a cualquier edad en los adultos, pero su presentación más típica es entre los 40 y 60 años. El 5-15 % de los casos tiene un componente familiar. Los síntomas prodrómicos de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob incluyen fatiga, ansiedad o problemas de apetito, sueño o capacidad de concentración, y después de algunas semanas puede aparecer incoordinación, visión alterada, marcha anormal o movimientos mioclónicos, coreoatetósicos o balísticos, conduciendo de forma rápida a la demencia. La enfermedad suele progresar con rapidez en pocos meses, aunque a veces tarda años y cursa de un modo similar a otras demencias. No hay hallazgos diferenciales en el líquido cefalorraquídeo y puede detectarse una atrofia no específica con técnicas por neuroimagen. En muchos casos el EEG revela típicas descargas periódicas puntiformes, a menudo trifásicas y sincrónicas, en una proporción de 0,5-2 Hz en algunos puntos durante el curso del trastorno. El agente responsable de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es resistente al hervido, el formol, el alcohol y los rayos ultravioletas, pero puede ser inactivado por el autoclave o por la lejía. Se han descrito casos de transmisión por trasplante de córnea y por inyección del factor de crecimiento humano, y se han mencionado casos anecdóticos de transmisión a trabajadores de la salud. Así pues, cuando se lleven a cabo técnicas de neurocirugía, biopsias o autopsias cerebrales, deben tomarse las debidas precauciones asépticas.

F02.8 Demencia debida a otras enfermedades médicas [294.1]

Además de las categorías específicas descritas antes, hay otras enfermedades médicas que provocan demencia. Entre ellas se incluyen lesiones (primarias o secundarias a tumores cerebrales, hidrocefalia normotensiva o lentamente progresiva), enfermedades metabólicas (hipotiroidismo, hipercalcemia, hipoglucemia), enfermedades nutricionales (deficiencias de tiamina, niacina y vitamina B₁₂), enfermedades infecciosas (neurosífilis, criptococosis), trastornos de la función hepática y renal y otras enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple. También hay que considerar causas inhabituales de lesión del sistema nervioso como descargas eléctricas o radiación intracraneal. Trastornos raros como las enfermedades infantiles y adultas de depósito presentan un cuadro clínico y una historia familiar que las distingue. La exploración física, las pruebas de laboratorio y otros síntomas clínicos asociados dependen de la naturaleza y gravedad de la enfermedad médica.

Diagnóstico diferencial

Para la exposición general del diagnóstico diferencial de demencia, véase la página 144.

■ Criterios para el diagnóstico de demencia debida a otras enfermedades médicas

A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de demencia debida a otras enfermedades médicas (continuación)

- (1) deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
 - (2) una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)
- B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. Demostración a través de la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiopatológico directo de una de las enfermedades médicas enumeradas más abajo.
- D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

■ **F02.4 Demencia debida a enfermedad por VIH [294.9]**

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III B22.0 Enfermedad por VIH que provoca encefalopatía [043.1].

■ **F02.8 Demencia debida a traumatismo craneal [294.1]**

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III S06.9 Lesión intracraneal [854.00].

■ **F02.3 Demencia debida a enfermedad de Parkinson [294.1]**

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G20 Enfermedad de Parkinson [332.0].

■ **F02.2 Demencia debida a enfermedad de Huntington [294.1]**

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G10 Enfermedad de Huntington [333.4].

■ **F02.0 Demencia debida a enfermedad de Pick [290.10]**

Nota de codificación: Codificar también en el Eje III G31.0 Enfermedad de Pick [331.1].

(continúa)

Crterios para el diagn3stico de demencia debida a otras enfermedades m3dicas (*continuaci3n*)

■ F02.1 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [290.10]

Nota de codificaci3n: Codificar tambi3n en el Eje III A81.0 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob [046.1].

■ F02.8 Demencia debida a... (*indicar enfermedad m3dica no enumerada antes*) [294.1]

Por ejemplo, hidrocefalia normotensiva, hipotiroidismo, tumor cerebral, deficiencia de vitamina B₁₂, irradiaci3n intracraneal

Nota de codificaci3n: Codificar tambi3n en Eje III la enfermedad m3dica.

Demencia persistente inducida por sustancias

Diagn3stico y sntomas asociados

Los d3ficit cognoscitivos (Criterio A) y el deterioro requerido (Criterio B) se comentan en las p3ginas 139-141. La demencia persistente inducida por sustancias no se diagnostica si los sntomas se presentan a continuaci3n de la intoxicaci3n o abstinencia de sustancias, o si aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio C). Sin embargo, el delirium puede sobreañadirse a una demencia revia persistente inducida por sustancias, en cuyo caso deben hacerse ambos diagn3sticos. Debe demostrarse a trav3s de la historia, el examen f3sico y las pruebas de laboratorio que los d3ficit est3n etiol3gicamente relacionados con los efectos persistentes del consumo de sustancias (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o la exposici3n a t3xicos) (Criterio D). Este trastorno se denomina persistente porque la demencia persiste mucho despu3s de que el sujeto haya experimentado los efectos de la intoxicaci3n o abstinencia de sustancias.

Los sntomas que se asocian a la demencia persistente inducida por sustancias son los que se asocian a las demencias en general (v. p3g. 141). Muchos individuos, aunque est3n abstinentes en el momento actual, presentan un patr3n previo de consumo excesivo y prolongado de sustancias, que justifica el diagn3stico de dependencia. Debido a que estos trastornos persisten tiempo despu3s de haber interrumpido el consumo de sustancias, los an3lisis de orina y sangre pueden resultar negativos para la sustancia en cuesti3n. La edad del inicio de la demencia persistente inducida por sustancias empieza excepcionalmente antes de los 20 aros. Habitualmente, este trastorno presenta un inicio insidioso y una lenta progresi3n, sobre todo cuando el sujeto es diagnosticado de dependencia de sustancias. Los d3ficit son permanentes con frecuencia y pueden empeorar incluso con el abandono de la sustancia, aunque algunos casos mejoran.

Para una exposici3n m3s detallada de los sntomas asociados a los trastornos relacionados con sustancias, v3ase la p3gina 181.

Procedimiento de tipificación

El nombre del diagnóstico empieza con la sustancia específica (p. ej., alcohol) que se estima ha provocado la demencia. El código diagnóstico se selecciona de una lista de sustancias que se incluye en los criterios. Para sustancias que no se incluyen en esta lista, debe utilizarse el código para «otras sustancias». Cuando se estima que es más de una sustancia la causante de la demencia persistente, debe enumerarse cada una de ellas por separado (p. ej., F10.73 Demencia persistente inducida por alcohol [291.2]; F18.73 Demencia persistente inducida por inhalantes [292.82]). Si se estima una sustancia como factor etiológico, pero la sustancia específica o la clase de sustancias son desconocidas, el diagnóstico es F19.73 Demencia persistente inducida por sustancias desconocidas [292.82].

Sustancias específicas

La demencia persistente inducida por sustancias puede presentarse en asociación con las siguientes clases de sustancias: alcohol; inhalantes; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; otras sustancias o desconocidas. Entre los medicamentos que pueden provocar demencia se han señalado anticonvulsivantes y metotrexato intratecal. Entre los tóxicos señalados como desencadenantes de síntomas de demencia se incluyen el plomo, el mercurio, el monóxido de carbono, los insecticidas organofosfatados y los disolventes industriales.

Diagnóstico diferencial

Para la exposición general del diagnóstico diferencial de demencia, véase la página 144.

■ Criterios para el diagnóstico de demencia persistente inducida por sustancias

- A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:
- (1) deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
 - (2) una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) alteración de la actividad de ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)
- B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de demencia persistente inducida por sustancias (*continuación*)

- C. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium y persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.
- D. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que los déficit están etiológicamente relacionados con los efectos persistentes del consumo de sustancias (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

Código para la demencia persistente inducida por (sustancia específica):

F10.73 Alcohol [291.2]; F18.73 Inhalantes [292.82]; F13.73 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.82]; F19.73 Otras (sustancias [o desconocidas] [292.82])

F02.8 Demencia debida a múltiples etiologías

Esta categoría de demencia debida a múltiples etiologías se incluye para llamar la atención de que la demencia puede deberse a más de una etiología. Puede haber más de una enfermedad etiológicamente relacionada con la demencia (p. ej., demencia tipo Alzheimer y demencia debida a traumatismo craneal), o es posible que la demencia se deba a los efectos combinados de una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Parkinson) y el consumo a largo plazo de sustancias (p. ej., demencia persistente inducida por alcohol).

Procedimiento de tipificación

Por ejemplo, F02.8 Demencia debida a múltiples etiologías se diagnosticará demencia tipo Alzheimer y demencia vascular cuando un sujeto con demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, no complicada, presente a lo largo del tiempo accidentes vasculares cerebrales que den lugar a un deterioro significativo de la actividad cognoscitiva. En este caso el clínico debe codificar en el Eje I F02.8 Demencia debida a múltiples etiologías en el Eje I y, en el Eje III, G30.1 Enfermedad de Alzheimer de inicio tardío, e I61.9 Accidente vascular cerebral.

Criterios para el diagnóstico de F02.8 Demencia debida a múltiples etiologías

- A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:
 - (1) deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)

(*continúa*)

Criterios para el diagnóstico de F02.8 Demencia debida a múltiples etiologías (*continuación*)

- (2) una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
- (a) afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)
- B. Los déficit cognoscitivos en cada uno de los Criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. Demostración a través de la historia, de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que la alteración posee más de una etiología (p. ej., traumatismo craneal más consumo crónico de alcohol, demencia tipo Alzheimer con el subsiguiente desarrollo de demencia vascular).
- D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

F03 Demencia no especificada [294.8]

Esta categoría debe utilizarse para diagnosticar una demencia que no cumple los criterios para ninguno de los tipos descritos en esta sección.

Un ejemplo es un cuadro clínico de demencia del cual no hay pruebas suficientes para establecer su etiología específica.

Trastornos amnésicos

Los trastornos de este apartado se caracterizan por una alteración de la memoria que puede ser debida tanto a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica como a la acción persistente de sustancias (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o la exposición a tóxicos). Dichos trastornos comparten un cuadro clínico caracterizado por el deterioro de la memoria y se diferencian según su etiología. Las características diagnósticas enumeradas después pertenecen al **trastorno amnésico debido a enfermedad médica** (p. ej., traumatismo físico, deficiencia de vitaminas) y al **trastorno amnésico persistente inducido por sustancias** (incluyendo los efectos secundarios de los medicamentos). Además, se incluye el **trastorno amnésico no especificado** para los cuadros clínicos en los que no es posible determinar la sustancia etiológica específica causante del deterioro de la memoria. La descripción y los criterios diagnósticos para los trastornos disociativos que

implican pérdida de memoria no se incluyen aquí y se tratan en la sección sobre trastornos disociativos (v. pág. 489).

Características diagnósticas

Los sujetos con un trastorno amnésico tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y no son capaces de recordar acontecimientos pasados o información aprendida previamente (Criterio A). La alteración de la memoria puede ser lo suficientemente grave como para provocar un acusado deterioro de la actividad laboral o social y puede representar una merma importante del nivel previo de actividad (Criterio B). La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia (Criterio C). La capacidad para recordar información nueva está siempre afectada, pero la dificultad para recordar información aprendida previamente se presenta de forma más variable, dependiendo de la localización y gravedad de la lesión cerebral. El déficit de memoria es más aparente en las tareas que requieren el recuerdo espontáneo y puede ser evidente cuando el examinador proporciona estímulos al sujeto para que los evoque después. Los déficits pueden estar predominantemente relacionados con estímulos verbales o visuales en función del área del cerebro específicamente afectada. En algunas formas del trastorno amnésico el sujeto puede recordar mejor cosas muy remotas del pasado que acontecimientos más recientes (p. ej., un sujeto recuerda la estancia en el hospital hace una década, con detalles que expresa vivamente, sin darse cuenta de que actualmente está en ese mismo hospital).

No se establece el diagnóstico si el deterioro de la memoria aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium (p. ej., si se presenta sólo en el contexto de una reducción de la capacidad para mantener o dirigir la atención). En el trastorno amnésico la capacidad para repetir inmediatamente una secuencia de información (p. ej., dígitos) no está alterada. Cuando lo está, hay que sospechar la presencia de una alteración de la atención, que puede ser indicativa de delirium. El trastorno amnésico se diagnostica si hay otros déficits cognoscitivos característicos de la demencia (p. ej., afasia, agnosia, alteración de la capacidad de ejecución). Los individuos con trastorno amnésico pueden experimentar como resultado de sus déficits de memoria graves deterioros de su capacidad personal o social, requiriendo una supervisión cotidiana para asegurar su alimentación y cuidados mínimos.

Síntomas y trastornos asociados

A menudo, el trastorno amnésico viene precedido por un cuadro clínico de confusión y desorientación, y posibles problemas de atención que sugieren un delirium (p. ej., trastorno amnésico debido a deficiencia de tiamina). Durante los estados iniciales del trastorno es frecuente la confabulación, a menudo evidenciada por la narración de acontecimientos imaginarios que persiguen llenar las lagunas mnésicas, pero tiende a desaparecer con el tiempo. Por esta razón es importante recabar información de los familiares o allegados. La amnesia profunda puede dar lugar a desorientación temporoespacial, pero es rara la desorientación autopsíquica, que es frecuente en individuos con demencia, mas no con trastorno amnésico. A la mayoría de los individuos con trastorno amnésico grave les falta la capacidad de juicio para reconocer sus déficits de memoria y pueden negar explícitamente la presencia de su grave deterioro, a pesar de la evidencia en contra. Esta falta de capacidad de juicio puede llevar a acusaciones a los demás o, en casos excepcionales, a la agitación. Algunos individuos reconocen que tienen un problema y aparentan que no les concierne. Puede haber algunos cambios sugerentes de alteración de la personalidad, como apatía, falta de iniciativa y fragilidad emocional. Los sujetos pueden mostrarse superficialmente amisto-

sos y agradables, pero presentan una expresividad afectiva estrechada o pobre. Con frecuencia, la amnesia global transitoria confiere a los individuos que la padecen una apariencia de perplejidad y aturdimiento. Pueden observarse déficit menores de otras funciones cognoscitivas, pero, por definición, no son tan graves como para provocar un deterioro clínicamente significativo. Las pruebas neuropsicológicas cuantitativas demuestran a menudo déficit específicos de memoria, con ausencia de otras alteraciones cognoscitivas. Dependiendo de la extensión o la naturaleza de los déficit, el resultado de las pruebas estandarizadas que evalúan el recuerdo de acontecimientos históricos conocidos o de personas públicas es variable.

Síntomas dependientes de la cultura

Debe tenerse en cuenta el ambiente cultural y educacional en la evaluación de la memoria. Individuos de ciertos ambientes puede que no estén familiarizados con la información que se utiliza en algunos tests de memoria (p. ej., la fecha de nacimiento en culturas en las que no se celebran los aniversarios).

Curso

La edad de inicio y el curso subsiguiente de los trastornos amnésicos puede ser muy variable, y depende del proceso patológico primario que ha provocado el trastorno. La lesión traumática cerebral, el infarto y otros acontecimientos cerebrovasculares, o tipos específicos de exposición a neurotóxicos (p. ej., envenenamiento por monóxido de carbono), pueden provocar el inicio agudo del trastorno amnésico. Otras enfermedades, como el abuso prolongado de sustancias, la exposición a neurotóxicos o la continua deficiencia nutricional pueden dar lugar a un inicio insidioso. La amnesia transitoria debida a traumatismo craneal puede durar un tiempo variable: el patrón característico es de un mayor déficit inmediato después de la lesión y una mejoría durante los 2 años siguientes (puede haber una mejoría adicional pasado ese tiempo, pero es menos frecuente). Los trastornos debidos a la destrucción de la porción medial del lóbulo temporal (p. ej., debido a infartos, ablación quirúrgica o malnutrición en el contexto de una dependencia alcohólica) puede causar deterioro persistente.

Diagnóstico diferencial

El deterioro de la memoria es también un síntoma del **delirium** y de la **demencia**. En el delirium la disfunción mnésica se presenta asociada al deterioro de la conciencia, con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención. En la demencia el deterioro mnésico debe acompañarse de múltiples déficit cognoscitivos (p. ej., afasia, apraxia, agnosia o alteración de la actividad de ejecución), lo cual conduce a un deterioro clínicamente significativo.

El trastorno amnésico debe distinguirse de la **amnesia disociativa** y de la amnesia que se presenta en el contexto de **otros trastornos disociativos** (p. ej., **trastorno de identidad disociativo**). Por definición, el trastorno amnésico se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica o al consumo de sustancias. Además, la amnesia en los trastornos disociativos no implica déficit del aprendizaje y del recuerdo de información nueva, sino que los sujetos presentan una incapacidad circunscrita para recordar contenidos de naturaleza traumática o estresante.

Para las alteraciones de la memoria presentes sólo durante la intoxicación o abstinencia de una droga de abuso, los diagnósticos apropiados serán **intoxicación por sustancias** o **abstinencia de sustancias** y no debe realizarse un diagnóstico de trastorno amnésico por separado. Para las alte-

raciones de la memoria asociadas al consumo de medicamentos, debe anotarse efectos secundarios de la medicación no especificados (pág. 696).

La etiología presumible del trastorno amnésico determina el diagnóstico (la descripción y los criterios diagnósticos para cada trastorno amnésico se describen después por separado, en esta sección). Si se estima que la alteración de la memoria es consecuencia de efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (incluyendo el traumatismo craneal), se diagnosticará **trastorno amnésico debido a enfermedad médica**. Si la alteración de la memoria es resultado de los efectos persistentes de una sustancia (p. ej., droga de abuso, medicamentos o exposición a tóxicos) se diagnosticará **trastorno amnésico persistente inducido por sustancias**. Deben realizarse los dos diagnósticos cuando ambos, una sustancia (p. ej., alcohol) o una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal) hayan tenido un papel etiológico en el desarrollo de la alteración de la memoria. Si no es posible establecer una etiología específica (p. ej., disociativa, inducida por sustancias o debido a una enfermedad médica), se diagnosticará **trastorno amnésico no especificado**.

El trastorno amnésico debe distinguirse de la **simulación** y del **trastorno facticio**. Para hacer esta difícil distinción pueden ayudar las pruebas sistemáticas de memoria (que a menudo proporcionan resultados inconsistentes en la simulación y en el trastorno facticio) y también la ausencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias que se estiman relacionadas con el deterioro de la memoria.

El trastorno amnésico debe distinguirse del deterioro de la memoria característico del **déficit cognoscitivo relacionado con la edad**, en el que se da una pérdida fisiológica en relación con los años.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 están definidos de modo más estricto que los del DSM-IV, ya que la CIE-10 exige la afectación de la capacidad para aprender información nueva y la reducción de la capacidad para recordar experiencias pasadas, y requiere, además, la conservación de la capacidad de memoria inmediata. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de síndrome amnésico orgánico.

F04 Trastorno amnésico debido a enfermedad médica [294.0]

Diagnóstico y síntomas asociados

Las características descriptivas del trastorno amnésico debido a enfermedad médica (Criterios A-C) se exponen en la página 163. Además, el diagnóstico requiere demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración de la memoria es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica (incluyendo un traumatismo físico) (Criterio D).

Para determinar si el trastorno amnésico es debido a una enfermedad médica, el clínico debe establecer primero su presencia. Además, debe establecer el mecanismo fisiológico por el que el trastorno amnésico se estima etiológicamente relacionado con dicha enfermedad. Para hacer este juicio es necesario un análisis cuidadoso y comprensivo de los múltiples factores que intervienen. Aunque no hay una guía infalible para determinar si la relación entre el trastorno amnésico y la enfermedad médica es etiológica, algunas consideraciones pueden servir de orientación. La primera consideración hace referencia a la asociación temporal entre el inicio, la reagudización o re-

misión de la enfermedad médica y la alteración amnésica. La segunda consideración es la presencia de síntomas que son típicos del deterioro de la memoria en el contexto de un trastorno disociativo u otro trastorno mental (p. ej., edad de inicio y curso atípicos). Si existen datos en la literatura de la existencia de una asociación directa entre la enfermedad médica en cuestión y el desarrollo del deterioro de la memoria, ello ayudará a la valoración en cada caso. Además, el clínico ha de estimar si la alteración no se explica mejor por un trastorno disociativo, un trastorno amnésico persistente inducido por sustancias u otro trastorno mental primario (p. ej., trastorno depresivo mayor). Todo ello se trata con mayor detalle en la sección «Trastornos mentales debidos a enfermedad médica» (pág. 171).

Los sujetos con trastorno amnésico debido a enfermedad médica presentan a menudo otros síntomas de enfermedad primaria sistémica o cerebral que provocan el deterioro de la memoria. Sin embargo, la alteración del estado mental puede ser el único síntoma presente. No hay síntomas diagnósticos específicos detectables por procedimientos como la resonancia magnética (RM) o la tomografía computarizada (TC). No obstante, es frecuente la lesión de las estructuras mediales de los lóbulos temporales, y puede reflejarse por un ensanchamiento del tercer ventrículo o los cuerpos temporales, o por atrofia estructural detectada en la RM.

Especificaciones

Pueden señalarse las siguientes especificaciones para indicar la duración de la alteración.

Transitoria. Esta especificación se usa para indicar una duración de algunas horas o días y no más de 1 mes. Cuando el diagnóstico se hace durante el primer mes sin esperar a la remisión, puede añadirse el término «provisional». La «amnesia global transitoria» es una forma específica del trastorno amnésico transitorio, caracterizada por una acusada pero transitoria incapacidad para aprender información nueva y una incapacidad variable para recordar acontecimientos que ocurrieron antes o durante el proceso patológico cerebrovascular.

Crónico. Esta especificación se utiliza para alteraciones que duran más de 1 mes.

Procedimiento de tipificación

Para registrar el trastorno amnésico debido a una enfermedad médica, el clínico debe anotar en el Eje I la enfermedad médica que se estima relacionada etiológicamente con la alteración (p. ej., F04 Trastorno amnésico debido a ictus [294.0]). El código diagnóstico para la enfermedad médica debe también anotarse en el Eje III (p. ej., I61.9 Ictus).

Enfermedades médicas asociadas

Con frecuencia, el trastorno amnésico se presenta como resultado de diversos procesos patológicos (p. ej., traumatismo craneal cerrado, heridas penetrantes de bala, intervención quirúrgica, hipoxia, infarto de la arteria cerebral posterior y encefalitis por herpes simple) que provocan lesiones en estructuras específicas diencefálicas y de la zona medial del lóbulo temporal (p. ej., cuerpos mamilares, hipocampo, fórnix). La patología bilateral es más frecuente, pero los déficit pueden provenir de lesiones unilaterales. El trastorno amnésico transitorio, cuando se acompaña de «amnesia global transitoria», es típico de enfermedades cerebrovasculares y de patología vertebrobasilar. También puede presentarse debido a enfermedades médicas (p. ej., crisis comiciales o enfermedades metabólicas).

Diagnóstico diferencial

Para la exposición del diagnóstico diferencial de los trastornos amnésicos véase la página 164.

■ **Criterios para el diagnóstico de F04 Trastorno amnésico debido a... (indicar enfermedad médica) [294.0]**

- A. El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva o por la incapacidad para recordar información aprendida previamente.
- B. La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto directo de la enfermedad médica (incluyendo un traumatismo físico).

Especificar si:

Transitorio: si el deterioro de la memoria dura menos de 1 mes

Crónico: si el deterioro de la memoria dura más de 1 mes

Nota de codificación: Anotar el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F04 Trastorno amnésico debido a traumatismo cerebral [294.0]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias

Diagnóstico y síntomas asociados

Las características descriptivas del trastorno amnésico persistente inducido por sustancias (Criterios A y B) se comentan en la página 163. La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o una demencia y persiste más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de la(s) sustancia(s) (Criterio C). Además, para diagnosticar el trastorno amnésico persistente inducido por sustancias, debe haber demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración de la memoria está relacionada etiológicamente con los efectos persistentes de la sustancia (p. ej., droga de abuso, medicamentos o exposición a tóxicos) (Criterio D). El trastorno se denomina persistente, puesto que la alteración de la memoria persiste una vez que el sujeto deja de experimentar los efectos de la intoxicación o abstinencia de la(s) sustancia(s).

Los síntomas asociados al trastorno amnésico persistente inducido por sustancias son similares a los síntomas de los trastornos amnésicos (v. pág. 163). Aunque en el momento actual están abstinentes, muchos sujetos con este trastorno tienen o han tenido un patrón previo de consumo prolongado de sustancias que justifica el diagnóstico de dependencia. Debido a que estos trastor-

nos persisten tiempo después de haber interrumpido el uso de sustancias, los análisis de detección (*screening*) de orina y de sangre pueden resultar negativos para la sustancia en cuestión. No es frecuente una edad de inicio antes de los 20 años. El deterioro resultante puede permanecer estable o empeorar, incluso si ha cesado el consumo de sustancias.

Para una exposición más pormenorizada de los síntomas asociados a los trastornos relacionados con sustancias, véase la página 181.

Procedimiento de tipificación

El nombre del diagnóstico empieza con la sustancia específica (p. ej., alcohol, secobarbital) que se estima ha provocado la alteración de la memoria. El código diagnóstico se selecciona de una lista de sustancias que se incluyen en los criterios diagnósticos. El código para «otras sustancias» se reserva para aquellas sustancias no incluidas en esta lista. Cuando se estima que es más de una sustancia la causante de la alteración de la memoria, debe anotarse cada una de ellas por separado (p. ej., F10.6 Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol [291.1]; F13.6 Trastorno amnésico persistente inducido por secobarbital [292.83]). Si se estima una sustancia como factor etiológico, pero la sustancia específica o la clase de sustancias son desconocidas el diagnóstico será F19.6 Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias desconocidas [292.83].

Sustancias específicas

El trastorno amnésico persistente inducido por sustancias puede presentarse asociado a los siguientes tipos de sustancias: alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o desconocidas.

El trastorno amnésico persistente inducido por alcohol aparentemente es debido a la deficiencia de vitaminas y se asocia al consumo prolongado de grandes cantidades de alcohol. Entre los síntomas asociados se encuentran alteraciones neurológicas como neuropatía periférica, ataxia cerebelosa y miopatía. El trastorno amnésico persistente inducido por alcohol debido a la deficiencia de tiamina (síndrome de Korsakoff) es con frecuencia continuación de un episodio agudo de encefalopatía de Wernicke, enfermedad que se manifiesta por confusión, ataxia, anomalías del movimiento de los ojos (mirada fija, nistagmo) y otros signos neurológicos. Estas manifestaciones disminuyen gradualmente, mientras que el deterioro de la memoria perdura. Si la encefalopatía de Wernicke es tratada con dosis altas de vitaminas, puede que no aparezca el trastorno amnésico persistente. Aunque la edad no es un factor etiológico específico de la enfermedad, los sujetos que presentan un trastorno amnésico persistente tienen una larga historia de ingesta abundante de alcohol y a menudo son mayores de 40 años. Aunque la forma de comienzo típica es brusca, algunos sujetos desarrollan déficit de forma insidiosa durante años debido a los efectos repetidos del tóxico y a la deficiencia nutricional, antes de presentar el dramático deterioro presuntamente relacionado con la deficiencia de tiamina. Una vez establecido el trastorno amnésico persistente, lo habitual es que se mantenga indefinidamente, aunque puede haber ligeras mejorías con el paso del tiempo o remitir en algunos casos. Normalmente, el deterioro es muy acusado y los sujetos requieren cuidados especiales a lo largo de su vida. El trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos puede desarrollarse con el consumo prolongado de grandes cantidades de este tipo de sustancias. El curso es variable y, al contrario de lo que sucede con el trastorno amnésico persistente inducido por alcohol, puede haber una recuperación total. Entre los medicamentos señalados como causantes de trastornos amnésicos se incluyen anticonvulsivantes y metotrexato intratecal. Entre los tóxicos que provocan amnesia se incluyen el plomo, el mercurio, el monóxido de carbono, los insecticidas organofosfatados y los disolventes industriales.

Diagnóstico diferencial

Para la exposición general del diagnóstico diferencial de los trastornos amnésicos, véase la página 164.

■ Criterios para el diagnóstico de trastorno amnésico persistente inducido por sustancias

- A. El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva, o incapacidad para recordar información aprendida previamente.
- B. La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.
- C. La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia, y se mantiene más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.
- D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración de la memoria está relacionada etiológicamente con los efectos persistentes de la sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento).

Códigos para el trastorno amnésico persistente inducido por sustancias (sustancias específicas):

F10.6 Alcohol [291.1]; F13.6 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.83]; F19.6 Otras sustancias (o desconocidas) [292.83]

R41.3 Trastorno amnésico no especificado [294.8]

Esta categoría debe utilizarse para el diagnóstico de un trastorno amnésico que no cumple los criterios para ninguno de los tipos específicos descritos en esta sección.

Un ejemplo es el del cuadro clínico de amnesia para el que no hay pruebas de su etiología específica (p. ej., disociativa, inducida por sustancias o debida a enfermedad médica).

Otros trastornos cognoscitivos

F06.9 Trastorno cognoscitivo no especificado [294.9]

Esta categoría se reserva para los trastornos caracterizados por disfunciones cognoscitivas probablemente debidas a un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, pero que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos especificados anteriormente, como delirium, demencia o trastorno

amnésico, y que no estarían mejor clasificados como delirium no especificado, demencia no especificada o trastorno amnésico no especificado. Para la disfunción cognoscitiva debida a sustancia específicas o desconocidas, debe utilizarse la categoría diagnóstica de trastorno por sustancias afines no especificado.

Como ejemplos se citan:

1. Trastorno neurocognoscitivo leve, con deterioro de las funciones cognoscitivas, demostrado por pruebas neuropsicológicas o valoración clínica cuantitativa, que se acompaña de una enfermedad médica o una disfunción del sistema nervioso central (v. pág. 724 para los criterios de investigación).
2. Trastorno posconmocional que sigue a un traumatismo craneal, con deterioro de la memoria o de la atención, y con síntomas asociados (v. pág. 721 para los criterios de investigación).

Trastornos mentales debidos a enfermedad médica

El trastorno mental debido a enfermedad médica se caracteriza por la presencia de síntomas mentales que se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica. El término *enfermedad médica* se refiere a las enfermedades codificadas en el Eje III, que se enumeran en el capítulo «Trastornos mentales y del comportamiento» de la CIE. Tal como se ha comentado en la «Introducción» a este manual, mantener la distinción entre trastornos mentales y enfermedades médicas no implica la existencia de diferencias fundamentales en su conceptualización, ni tampoco significa que los trastornos mentales no estén relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que las enfermedades médicas no estén relacionadas con factores o procesos comportamentales o psicosociales. Esta distinción intenta promover rigor en la evaluación y favorecer el intercambio de comunicación entre los profesionales de la salud. Sin embargo, en la práctica clínica es de esperar una mayor especificidad terminológica en la identificación de cada enfermedad.

En el DSM-III-R los trastornos mentales debidos a enfermedad médica y los trastornos relacionados con sustancias fueron denominados trastornos «orgánicos» y se enumeraron por separado en una sola sección. Esta diferenciación de trastornos mentales «orgánicos» como un tipo separado no implica que los trastornos «no orgánicos» o «funcionales» no estén de algún modo relacionados con factores o procesos físicos o biológicos. El DSM-IV elimina el término *orgánico* y distingue los trastornos mentales debidos a enfermedad médica de los trastornos inducidos por sustancias y de los que no tienen una etiología especificada. El término *trastorno mental primario* se utiliza para denominar de una manera abreviada los trastornos mentales no debidos a enfermedad médica y no inducidos por sustancias.

En esta sección se incluyen la descripción y los criterios diagnósticos de estos trastornos (p. ej., **trastorno catatónico debido a enfermedad médica, cambio de personalidad debido a enfermedad médica y trastorno mental no especificado debido a enfermedad médica**). La descripción y el diagnóstico de las enfermedades enumeradas a continuación se describen en otras secciones del manual, junto a los trastornos que comparten una fenomenología similar. El manual ha sido organizado de esta manera para alertar al clínico sobre la necesidad de que considere estos trastornos al realizar el diagnóstico diferencial.

F05.0 Delirium debido a enfermedad médica [293.0]. La descripción y los criterios se incluyen en la sección «Delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognoscitivos», página 133.

—.— **Demencia debida a enfermedad médica.** La descripción y los criterios diagnósticos se incluyen en la sección «Delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognoscitivos», página 145.

F04 Trastorno amnésico debido a enfermedad médica [294.0]. La descripción y los criterios diagnósticos se incluyen en la sección «Delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognoscitivos», página 165.

F06.x Trastorno psicótico debido a enfermedad médica [293.8x]. La descripción y los criterios diagnósticos se incluyen en la sección «Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos», página 276.

F06.3x Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica [293.83]. La descripción y los criterios diagnósticos se incluyen en la sección «Trastornos del estado de ánimo», página 349.

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica [293.89]. La descripción y los criterios diagnósticos se incluyen en la sección «Trastornos de ansiedad», página 448.

—.— **Trastorno sexual debido a una enfermedad médica.** La descripción y los criterios diagnósticos se incluyen en la sección «Trastornos sexuales y de identidad sexual», página 528.

G47.x Trastornos del sueño debidos a enfermedad médica [780.5x]. La descripción y los criterios diagnósticos se incluyen en la sección «Trastornos del sueño», página 613.

Características diagnósticas

Existen tres criterios diagnósticos para cada uno de los trastornos mentales debidos a enfermedad médica:

B. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El cumplimiento de este criterio requiere dos juicios por separado: que exista una enfermedad médica (corroborada por la historia, la exploración física y las pruebas de laboratorio) y de la alteración (p. ej., síntomas psicóticos, del estado de ánimo y de ansiedad) se relacionen etiológicamente, a través de un mecanismo fisiológico, con dicha enfermedad médica. Aunque no hay una guía infalible para determinar si la relación entre la alteración y la enfermedad médica es etiológica, algunas consideraciones pueden servir de orientación. La primera consideración hace referencia a la asociación temporal entre el inicio, la reagudización o remisión de la enfermedad médica y el trastorno mental (p. ej., síntomas de ansiedad en un sujeto con un adenoma de paratiroides resuelto tras la intervención y que recupera los niveles normales de calcio en el plasma). Aunque la demostración de una asociación temporal es útil para hacer un juicio etiológico, a menudo hay excepciones. Por ejemplo, el trastorno psicótico debido a la epilepsia puede presentarse muchos años después del inicio de las crisis comiciales. Por otra parte, entre las primeras manifestaciones de una enfermedad sistémica o cerebral puede haber signos y síntomas de un trastorno mental, que aparecen meses o años antes de la detección del proceso subyacente (p. ej., estado de ánimo deprimido precediendo a los movimientos coreiformes de la enfermedad de Huntington). Los trastornos mentales debidos a enfermedad médica pueden también persistir después de la resolución de la enfermedad médica (p. ej., estado de ánimo deprimido que persiste tras la terapéutica sustitutiva con hormona tiroidea). Además, un trastorno mental debido a enfermedad médica puede ser susceptible de tratamiento sintomático incluso durante la actividad de la enfermedad

(p. ej., depresión en la epilepsia). El tratamiento específico de la enfermedad que alivia los síntomas de ésta y del trastorno mental puede corroborar la relación etiológica de ambos procesos.

La segunda consideración importante es la presencia de síntomas típicos de trastorno mental primario. El ejemplo más frecuente es una edad de inicio y un curso atípicos (p. ej., presentación por primera vez de síntomas parecidos a la esquizofrenia en un sujeto de más de 75 años). Puede haber síntomas asociados poco habituales (p. ej., alucinaciones táctiles o visuales en episodios parecidos a la depresión mayor), o características diagnósticas que son desproporcionadamente más graves que las esperadas (p. ej., la pérdida de 25 kg de peso en un sujeto con síntomas depresivos benignos podría sugerir la presencia de una enfermedad médica subyacente). El clínico debe prestar atención a la presencia de déficit cognoscitivos significativos desproporcionados en relación a lo que cabría esperar en el trastorno mental primario.

Si existen datos en la literatura de una asociación bien establecida o frecuentemente encontrada entre la enfermedad médica y la fenomenología de un trastorno mental específico, esto puede ser útil en la valoración de cada caso. Algunos estudios sugieren la demostración de una causa etiológica plausible asociada a los síntomas mentales y a la enfermedad médica (p. ej., una lesión que por su localización o por un mecanismo fisiopatológico conocido afecte la función cerebral) y de una elevada prevalencia de síntomas mentales (p. ej., por encima de la de la población general) en sujetos afectados de la enfermedad médica. Aunque tales datos sugieren una posible relación causal entre el trastorno mental y la enfermedad médica en particular, no bastan para tomar decisiones en un caso individual, ya que los estudios de investigación generalmente reflejan valores promedio y el clínico debe tomar una decisión que afecta a un sujeto. En la descripción de cada uno de los trastornos mentales específicos debidos a una enfermedad médica se incluye una lista de algunas enfermedades médicas que la literatura considera asociadas a trastornos mentales específicos.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Para establecer el diagnóstico de trastorno mental debido a enfermedad médica es necesario descartar los trastornos mentales primarios y los trastornos mentales inducidos por sustancias. Descartar los trastornos mentales primarios es a menudo difícil, ya que sujetos con trastornos mentales primarios suelen presentar enfermedades médicas que no son las causantes de los síntomas mentales. Puede haber otras relaciones entre un trastorno mental y una enfermedad médica: la enfermedad médica puede reagudizar los síntomas o complicar el tratamiento del trastorno mental; las dos pueden estar relacionadas a través de mecanismos no fisiológicos; o pueden coexistir por coincidencia. Por ejemplo, cuando los síntomas depresivos son precipitados por la enfermedad médica al actuar ésta como estresante psicosocial más que como responsable de un efecto fisiológico directo, el diagnóstico debe ser trastorno depresivo mayor, o trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. En un sujeto con síntomas depresivos que coexisten con una enfermedad médica, con historia de varios episodios depresivos o historia familiar de depresión, el diagnóstico debe ser trastorno depresivo mayor más que trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Finalmente, el clínico también debe considerar si los síntomas mentales son provocados por una droga de abuso, un medicamento o la exposición a tóxicos (v. pág. 198). Esto es especialmente importante, puesto que muchos sujetos con enfermedades médicas toman medicamentos que pueden potenciar un trastorno mental relacionado con sustancias.

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Si los síntomas (psicóticos, del estado de ánimo, de ansiedad) aparecen sólo durante períodos de delirium, serán considerados síntomas asociados al delirium y no merecerán un diagnóstico por separado. Estas enfermedades (p. ej., trastorno del estado de ánimo debido a enferme-

dad médica) pueden diagnosticarse por separado sólo si ocurren al margen del delirium o de la demencia.

Procedimiento de tipificación

En el registro de trastorno mental debido a enfermedad médica, el clínico debe anotar en el Eje I el tipo de alteración mental y la etiología de la enfermedad médica (p. ej., F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [393.83]). En el Eje III debe anotarse el código correspondiente para la enfermedad médica (p. ej., E03.9 Hipotiroidismo [244.9]). En los casos en los que el clínico ha determinado que los síntomas mentales no son un efecto fisiológico directo de la enfermedad, el trastorno mental primario debe codificarse en el Eje I y la enfermedad médica, en el Eje III.

Diagnóstico diferencial

El trastorno mental debido a enfermedad médica se distingue del **trastorno mental primario** aplicando los criterios mencionados en el apartado «Características diagnósticas». Cuando los síntomas de un trastorno mental primario y una enfermedad médica aparecen juntos, es especialmente importante determinar si la relación etiológica, si la hay, es de naturaleza fisiológica (en cuyo caso el diagnóstico será trastorno mental debido a enfermedad médica) o se debe a otro mecanismo (en cuyo caso el diagnóstico será trastorno mental primario). En algunos casos el desarrollo de una enfermedad médica o la presencia de una discapacidad asociada pueden precipitar o agudizar un trastorno mental sin una explicación fisiológica conocida (p. ej., la discapacidad asociada a la osteoartritis puede desempeñar un papel en el desarrollo de síntomas depresivos o de episodios de depresión mayor, pero se desconoce el mecanismo fisiológico que vincula la artritis y los síntomas depresivos). En este caso, el trastorno mental primario (p. ej., trastorno adaptativo o trastorno depresivo) debe diagnosticarse en el Eje I y la enfermedad médica (p. ej., osteoartritis) en el Eje III.

El trastorno mental debido a enfermedad médica debe distinguirse del **trastorno relacionado con sustancias**. Si se demuestra el consumo reciente o prolongado de una sustancia (incluyendo los efectos psicoactivos de los medicamentos), la abstinencia de una sustancia o la exposición a tóxicos, debe considerarse el diagnóstico trastorno relacionado con sustancias. Pueden ser de utilidad los análisis de sangre y de orina y otras pruebas de laboratorio apropiadas (*screening*) para completar la evaluación. Los síntomas que aparecen poco después (p. ej., 4 semanas) de la intoxicación o de la abstinencia de una sustancia o del consumo de un medicamento pueden ser especialmente indicativos de un trastorno relacionado con sustancias, dependiendo del tipo o de la cantidad de sustancia ingerida o de la duración de su uso.

Los **efectos combinados de una enfermedad médica y el consumo de sustancias** (incluyendo medicamentos) pueden provocar delirium, demencia, síntomas psicóticos, depresivos, de ansiedad, trastornos del sueño y disfunción sexual. En estos casos deben anotarse ambos diagnósticos (p. ej., trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias). La categoría diagnóstica no especificada se debe usar cuando no es posible asegurar si los síntomas mentales son debidos a una enfermedad médica o al consumo de sustancias (v. exposición después). Cuando, como ocurre con frecuencia, la presentación del trastorno mental debido a una enfermedad médica consiste en una mezcla de síntomas diferentes (p. ej., depresión y ansiedad), es deseable asignar un solo diagnóstico basado en los síntomas que predominan en la presentación clínica. En algunos casos no es posible determinar si los síntomas mentales son primarios, debidos a enfermedad médica o inducidos por sustancias. En estas situaciones debe utilizarse la categoría no especificado.

F06.1 Trastorno catatónico debido a enfermedad médica [293.89]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno catatónico debido a enfermedad médica es la presencia de catatonía que se estima debida a efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica. La catatonía se manifiesta con algunos de los síntomas siguientes: inmovilidad motora, actividad motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, movimientos voluntarios peculiares, ecolalia o eco-praxia (Criterio A). Debe haber evidencia a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la catatonía es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica (Criterio B). No se diagnostica catatonía si la alteración se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., episodio maníaco) (Criterio C) o si aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio D).

La inmovilidad motora puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor. La actividad motora excesiva no tiene un propósito aparente y no es influenciada por estímulos externos. El negativismo extremo puede manifestarse por resistencia a seguir las instrucciones o por el mantenimiento voluntario de posturas a pesar de los intentos por moverlos. Las peculiaridades de los movimientos voluntarios se manifiestan por la aceptación voluntaria de posturas inapropiadas o bizarras o por muecas prominentes. La ecolalia es la repetición patológica de palabras, como un papagayo, o frases aparentemente sin sentido, justo después de haberlas oído de otra persona. La ecopyraxis es la imitación repetitiva de movimientos de otra persona.

Procedimiento de tipificación

Para el registro de trastorno catatónico debido a enfermedad médica se debe anotar en el Eje I tanto la fenomenología específica de la alteración como la enfermedad médica presuntamente causante de la alteración (p. ej., F06.1 Trastorno catatónico debido a neoplasia maligna del cerebro [293.89]). El código diagnóstico para la enfermedad médica (p. ej., C71.9 Neoplasia maligna del cerebro [191.9]) debe anotarse también en el Eje III.

Enfermedades médicas asociadas

Varias enfermedades médicas pueden causar la catatonía, especialmente enfermedades neurológicas (p. ej., neoplasias, traumatismo craneal, enfermedad cerebrovascular, encefalitis) y enfermedades metabólicas (p. ej., hipercalcemia, encefalopatía hepática, homocistinuria, diabetes cetoadicósica). Los hallazgos de la exploración física y de las pruebas de laboratorio y los patrones de prevalencia e inicio asociados se asemejan a los de la enfermedad médica etiológica.

Diagnóstico diferencial

Si la catatonía aparece en el transcurso de un **delirium** no debe realizarse el diagnóstico por separado de trastorno catatónico debido a enfermedad médica. Si el sujeto está tomando neurolepticos en el momento actual, el diagnóstico que debe considerarse es **trastornos motores inducidos por medicamentos** (p. ej., una anomalía de la posición puede ser debida a distonía aguda inducida por neurolepticos). Los síntomas catatónicos también pueden presentarse en la esquizofrenia y en los trastornos del estado de ánimo. La **esquizofrenia**,

tipo catatónico, se distingue por la ausencia de una enfermedad médica relacionada etiológicamente con la catatonía y por la presencia de otros síntomas característicos de la esquizofrenia (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y síntomas negativos). Además, un **trastorno del estado de ánimo con síntomas catatónicos** se diferencia por la ausencia de una enfermedad médica relacionada etiológicamente con la catatonía y por la presencia de síntomas que cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor o un episodio maníaco.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 están definidos de modo más estricto que los del DSM-IV, ya que la CIE-10 exige tanto la presencia de estupor/negativismo y excitación catatónicas como la rápida alternancia de estupor y excitación. En la CIE-10, esta entidad viene recogida con el nombre de trastorno catatónico orgánico.

■ Criterios para el diagnóstico de F06.1 Trastorno catatónico debido a... (*indicar enfermedad médica*) [293.89]

- A. La presencia de catatonía se manifiesta por inmovilidad motora, actividad motora excesiva (aparentemente sin propósito y que no es influida por estímulos externos), negativismo extremo o mutismo, movimientos voluntarios peculiares, ecolalia o ecolaxia.
- B. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., episodio maníaco).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.1 Trastorno catatónico debido a encefalopatía hepática [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

F07.0 Cambio de personalidad debido a enfermedad médica [310.1]

Características diagnósticas

La característica esencial del cambio de personalidad debido a enfermedad médica es una alteración duradera de la personalidad que se considera un efecto fisiológico directo de la enfermedad médica. La alteración de la personalidad representa un cambio del patrón previo de personalidad del sujeto. En los niños puede manifestarse como una desviación acusada del desarrollo normal más que como un cambio del patrón estable de personalidad (Criterio A). Debe haber

evidencia, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que el cambio de personalidad es un efecto fisiológico directo de la enfermedad médica (Criterio B). No se realizará el diagnóstico si la alteración se explica mejor por otro trastorno mental (Criterio C), si la alteración aparece exclusivamente durante un delirium o si los síntomas cumplen los criterios para la demencia (Criterio D). La alteración también puede causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto (Criterio E).

Las manifestaciones más frecuentes del cambio de personalidad consisten en inestabilidad afectiva, descontrol de los impulsos, crisis de agresión o de cólera claramente desproporcionada a los estímulos psicosociales desencadenantes, apatía acusada, suspicacia o ideación paranoide. La fenomenología del cambio se indicará usando los subtipos enumerados después. Los sujetos con este trastorno «no son los mismos» a juicio de los demás. Aunque el término «personalidad» es compartido con los trastornos de la personalidad del Eje II, este diagnóstico se codifica en el Eje I, puesto que difiere de ellos por su etiología específica, su fenomenología diferente y un inicio y un curso más variables.

El cuadro clínico en un sujeto concreto puede depender de la naturaleza y localización del proceso patológico. Por ejemplo, la lesión de los lóbulos frontales puede producir síntomas como falta de juicio crítico o de previsión, chistosidad, desinhibición y euforia. En accidentes vasculares cerebrales de los hemisferios derechos se observa con frecuencia un cambio de personalidad asociado a alteraciones unilaterales de la orientación espacial, anosognosia (incapacidad del sujeto para reconocer objetos o déficit funcionales del tipo de la hemiparesia), incoordinación motora y otros déficit neurológicos.

Subtipos

El cambio particular de personalidad puede especificarse indicando los síntomas que predominan en el cuadro clínico:

Tipo lábil. Se usa este subtipo si el síntoma predominante es la labilidad afectiva.

Tipo desinhibido. Se usa este subtipo si el síntoma predominante es el descontrol de los impulsos (p. ej., manifestado por desinhibición sexual).

Tipo agresivo. Se usa este subtipo si el síntoma predominante es el comportamiento agresivo.

Tipo apático. Se usa este subtipo si el síntoma predominante es la apatía o la indiferencia acusadas.

Tipo paranoide. Se usa este subtipo si el síntoma predominante es la suspicacia o ideación paranoide.

Otros tipos. Este subtipo debe usarse, por ejemplo, para un cambio de personalidad asociado a crisis comiciales.

Tipo combinado. Se usa este subtipo si predominan más de un síntoma en el cuadro clínico.

Tipo no especificado.

Procedimiento de tipificación

En el registro del cambio de personalidad debido a enfermedad médica, el clínico debe anotar en el Eje I tanto la fenomenología específica de la alteración, incluyendo el subtipo apropiado, como la enfermedad médica que se considera causante de la alteración (p. ej., F07.0 Cambio de personalidad debido a lupus eritematoso sistémico, tipo paranoide [310.1]). En el Eje III

debe anotar el código diagnóstico para la enfermedad médica (p. ej., M32.1 Lupus eritematoso sistémico).

Enfermedades médicas asociadas

Diversas enfermedades neurológicas y médicas pueden provocar cambios de personalidad. Entre éstas se incluyen neoplasias del sistema nervioso central, traumatismo craneal, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Huntington, epilepsia, enfermedades infecciosas con implicación del sistema nervioso central (p. ej., virus de la inmunodeficiencia humana), enfermedades endocrinas (p. ej., hipotiroidismo, hipo e hiperadrenocorticalismo) y enfermedades autoinmunes que afectan al sistema nervioso central (p. ej., lupus eritematoso sistémico). La enfermedad neurológica o las enfermedades médicas implicadas se identifican a partir de la exploración física, de las pruebas de laboratorio y de los patrones de prevalencia e inicio.

Diagnóstico diferencial

Las **enfermedades médicas crónicas** asociadas al dolor y discapacidad también pueden provocar cambios de personalidad. El diagnóstico de cambio de personalidad debido a enfermedades médicas sólo se hará si puede establecerse un mecanismo fisiopatológico directo responsable de la alteración. Es frecuente el cambio de personalidad como síntoma asociado a la **demencia** (p. ej., demencia tipo Alzheimer). El diagnóstico independiente de cambio de personalidad debido a enfermedad médica no se establecerá si también se cumplen los criterios diagnósticos para la demencia o si el cambio aparece exclusivamente en el transcurso de un **delirium**. Tampoco se hará si la alteración se explica mejor por **otro trastorno mental debido a enfermedad médica** (p. ej., trastorno del estado de ánimo debido a un tumor cerebral, con síntomas depresivos).

Los cambios de personalidad pueden aparecer también en el contexto de la **dependencia de sustancias**, especialmente si hace tiempo que la dependencia está establecida. El clínico debe preguntar prudentemente acerca de la naturaleza de la sustancia y del tiempo que lleva usándose. Para indicar una relación etiológica entre el cambio de personalidad y el consumo de sustancias, se puede usar la categoría diagnóstica no especificada para la sustancia en cuestión (p. ej., trastorno por sustancias afines a la cocaína, no especificado).

Los cambios acusados de personalidad también pueden ser **síntomas asociados de otros trastornos mentales** (p. ej., esquizofrenia, trastorno delirante, trastornos del control de los impulsos no clasificados, trastorno de angustia). Sin embargo, no se considera que estos trastornos estén relacionados etiológicamente con el cambio de personalidad. El cambio de personalidad debido a enfermedad médica se distingue del **trastorno de la personalidad** por el requerimiento de un cambio significativo de personalidad de base y la presencia de una enfermedad médica de etiología específica.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Esta entidad del DSM-IV se corresponde con dos categorías de la CIE-10: trastorno orgánico de la personalidad y trastorno orgánico con labilidad emocional. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el trastorno orgánico de la personalidad están definidos de un modo probablemente más estricto, toda vez que exigen la presencia de cambios en al menos tres rasgos de personalidad.

■ Criterios para el diagnóstico de F07.0 Cambio de personalidad debido a... (indicar enfermedad médica) [310.1]

- A. Alteración duradera de la personalidad que representa un cambio de las características previas del patrón de personalidad del sujeto. (En los niños la alteración se expresa por una acusada desviación del desarrollo normal o por un cambio significativo en el patrón habitual del comportamiento del niño y que se mantiene como mínimo durante 1 año.)
- B. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (incluyendo otros trastornos mentales debidos a enfermedad médica).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium y no cumple los criterios diagnósticos para la demencia.
- E. La alteración causa un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el tipo:

Tipo lábil: si el síndrome predominante es la labilidad afectiva

Tipo desinhibido: si el síntoma predominante es el descontrol de los impulsos, manifestado por indiscreciones sexuales, etc.

Tipo agresivo: si el síntoma predominante es el comportamiento agresivo

Tipo apático: si el síntoma predominante es la apatía o indiferencia acusadas

Tipo paranoide: si el síntoma predominante es la suspicacia o ideación paranoide

Otros tipos: si el síntoma predominante no es uno de los citados, por ejemplo, cambio de personalidad asociado a crisis comiciales

Tipo combinado: si predomina más de un síntoma en el cuadro clínico

Tipo no especificado

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F07.0 Cambio de personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal [310.1]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

F09 Trastorno mental no especificado debido a enfermedad médica [293.9]

Esta categoría residual debe usarse para los casos en los que se ha establecido que la alteración es causada por efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica, sin que se cumplan los criterios diagnósticos para un trastorno mental específico debido a una enfermedad médica (p. ej., síntomas disociativos debidos a crisis comiciales parciales complejas).

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje III, por ejemplo, F09 Trastorno mental no especificado debido a enfermedad por VIH [293.9]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

Trastornos relacionados con sustancias

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. En este manual el término *sustancia* puede referirse a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico. Las sustancias tratadas en esta sección se agrupan en 11 clases: alcohol; alucinógenos; Anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar; cafeína; *Cannabis*; cocaína; fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; inhalantes; nicotina; opioides, y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Aunque estas 11 clases se citan en orden alfabético, algunas clases comparten propiedades: el alcohol comparte propiedades con los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; la cocaína comparte propiedades con las anfetaminas y simpaticomiméticos de acción similar. También se incluyen en esta sección dependencia de varias sustancias y trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas) (entre los que se incluyen la mayoría de los trastornos debidos a medicamentos o a tóxicos).

Muchos de los medicamentos prescritos o tomados por iniciativa propia pueden causar también trastornos relacionados con sustancias. Los síntomas suelen estar relacionados con las dosis del medicamento y normalmente desaparecen al disminuir éstas o al suspender el medicamento. Sin embargo, a veces pueden producirse reacciones idiosincrásicas a una sola dosis. Los medicamentos que ocasionan trastornos relacionados con sustancias incluyen, entre otros, los anestésicos y analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, antihipertensivos y medicamentos cardiovasculares, medicamentos antimicrobianos, medicamentos antiparkinsonianos, agentes quimioterápicos, corticosteroides, medicamentos gastrointestinales, relajantes musculares, antiinflamatorios no esteroideos, otros medicamentos sin receta médica, antidepresivos y disulfiram.

La exposición a una amplia gama de otras sustancias químicas también propicia la aparición de un trastorno relacionado con sustancias. Entre los tóxicos capaces de provocar estos trastornos se incluyen los metales pesados (p. ej., plomo o aluminio), raticidas que contengan estriquina, pesticidas que contengan inhibidores de la acetilcolinesterasa, gases con afinidad por el sistema nervioso, glicoletileno (anticongelante), monóxido de carbono y dióxido de carbono. Las sustancias volátiles (p. ej., gasolina, pintura) se clasifican como «inhalantes» (v. pág. 247) si se usan con el propósito de intoxicarse, o «toxinas» si la exposición a ellas es accidental o fruto de un envenenamiento intencionado. El deterioro cognoscitivo o del estado de ánimo son los síntomas más frecuentes asociados a las sustancias tóxicas, aunque también pueden dar lugar a ansiedad, alucinaciones, ideas delirantes o crisis comiciales. Los síntomas suelen desaparecer cuando el sujeto deja de estar expuesto a la sustancia, pero pueden mantenerse semanas o meses y requerir tratamiento médico.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia).

cia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias). La sección empieza con el texto descriptivo y los criterios diagnósticos para la dependencia, el abuso, la intoxicación y la abstinencia de sustancias que se aplicarán a todas las clases de sustancias. Continúa luego con los comentarios generales referidos a los síntomas asociados; síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo; curso; deterioro y complicaciones; patrón familiar; diagnóstico diferencial y procedimiento de tipificación aplicable a todas las clases de sustancias. El resto de la sección está organizado por clases de sustancias y describe los aspectos específicos de dependencia, abuso, intoxicación y abstinencia para cada una de las 11 clases. Para facilitar el diagnóstico diferencial, el texto descriptivo y los criterios diagnósticos para los restantes trastornos inducidos por sustancias se incluyen en las secciones del manual donde aparecen trastornos que comparten la misma fenomenología (p. ej., el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se incluye en la sección «Trastornos del estado de ánimo»). Los diagnósticos asociados con cada grupo específico de sustancias se exponen en la tabla 1.

Trastornos por consumo de sustancias

Dependencia de sustancias

Características

La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer (p. ej., no se han especificado síntomas de abstinencia para la dependencia de alucinógenos). Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la «necesidad irresistible» de consumo (*craving*) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses.

Tolerancia (Criterio 1) es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia. Los sujetos que consumen grandes dosis de opiáceos y estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables (p. ej., pueden multiplicar la dosis por diez), hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia. La tolerancia al alcohol también puede ser notable, pero con frecuencia no es tan extrema como la tolerancia a las anfetaminas. Muchos sujetos fumadores consumen más de 20 cigarrillos al día, una cantidad que les hubiera producido síntomas de toxicidad cuando empezaron a fumar. Los consumidores habituales de *Cannabis* no advierten general-

Tabla 1. Diagnósticos asociados a la clase de sustancias

| | Dependencia | Abuso | Intoxicación | Abstinencia | Delirium por intoxicación | Delirium por abstinencia | Demencia |
|-------------------------------------|-------------|-------|--------------|-------------|---------------------------|--------------------------|----------|
| Alcohol | X | X | X | X | I | W | P |
| Alucinógenos | X | X | X | | I | | |
| Anfetaminas | X | X | X | X | I | | |
| Cafeína | | | X | | | | |
| <i>Cannabis</i> | X | X | X | | I | | |
| Cocaína | X | X | X | X | I | | |
| Fenciclidina | X | X | X | | I | | |
| Inhalantes | X | X | X | | I | | P |
| Nicotina | X | | | X | | | |
| Opioides | X | X | X | X | I | | |
| Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos | X | X | X | X | I | W | P |
| Varias sustancias | X | | | | | | |
| Otros | X | X | X | X | I | W | P |

Tabla 1. Diagnósticos asociados a la clase de sustancias (continuación)

| | Trastornos amnésicos | Trastornos psicóticos | Trastornos del estado de ánimo | Trastornos de ansiedad | Disfunciones sexuales | Trastornos del sueño |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|
| Alcohol | P | I/W | I/W | I/W | I | I/W |
| Alucinógenos | | I* | I | I | | |
| Anfetaminas | | I | I/W | I | I | I/W |
| Cafeína | | | | I | | I |
| <i>Cannabis</i> | | I | | I | | |
| Cocaína | | I | I/W | I/W | I | I/W |
| Fenciclidina | | I | I | I | | |
| Inhalantes | | I | I | I | | |
| Nicotina | | | | | | |
| Opioides | | I | I | | I | I/W |
| Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos | P | I/W | I/W | W | I | I/W |
| Varias | | | | | | |
| Otros | P | I/W | I/W | I/W | I | I/W |

*También trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*).

Nota: X, I, W, I/W o P indican que la categoría es reconocida en el DSM-IV. Además, I indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación (exceptuando el caso de delirium por intoxicación); W, indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la abstinencia (exceptuando el delirium por abstinencia); I/W, indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia, y P, indica que el trastorno es persistente.

mente la aparición de tolerancia (aunque ésta se ha demostrado en estudios con animales y en algunos sujetos). No está claro si la fenciclidina (PCP) da lugar a tolerancia o no. La tolerancia puede ser difícil de determinar únicamente por la historia clínica cuando la sustancia consumida es ilegal y puede ir mezclada con varios disolventes o con otras sustancias. En este tipo de situaciones son útiles las pruebas de laboratorio (p. ej., altos niveles de la sustancia en la sangre sin que el sujeto presente síntomas de intoxicación sugieren una probable tolerancia). Debe distinguirse la tolerancia de la variabilidad individual en cuanto a la sensibilidad inicial a los efectos de determinadas sustancias. Por ejemplo, algunos individuos que beben por primera vez apenas presentan síntomas de intoxicación al cabo de tres o cuatro copas, mientras que otros de peso similar y que también se inician bebiendo pueden presentar descoordinación motora y lenguaje farfullante.

La abstinencia (Criterio 2a) es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos (Criterio 2b), normalmente desde que se despierta. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se proponen distintos criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opioides y los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina, se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos. La abstinencia en el caso de la fenciclidina y de las sustancias de acción similar no se ha descrito todavía en seres humanos (aunque se ha demostrado en animales).

Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Algunos sujetos (p. ej., los que tienen dependencia de la *Cannabis*) presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia. Por el contrario, algunos pacientes posquirúrgicos sin diagnóstico de dependencia de opiáceos presentan tolerancia a los opiáceos prescritos y experimentan abstinencia sin mostrar signo alguno de uso compulsivo. Los especificadores con dependencia fisiológica y sin dependencia fisiológica se utilizan para indicar la presencia o ausencia de tolerancia o abstinencia.

Los siguientes aspectos describen el patrón de uso compulsivo de una sustancia, característico en la dependencia de sustancias. Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido (p. ej., el sujeto bebe hasta intoxicarse a pesar de haberse autoimpuesto el límite de una sola bebida) (Criterio 3). El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia (Criterio 4). Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos (Criterio 5). En algunos casos de dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia (Criterio 6). El sujeto puede abandonar las actividades familiares o los *hobbies* con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con amigos que tomen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (p. ej., graves síntomas de depresión o lesiones de órganos), la persona continúe consumiendo la sustancia (Criterio 7). El aspecto clave en la evaluación de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia, a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa.

Especificaciones

Tolerancia y abstinencia pueden estar asociadas a un mayor riesgo de problemas médicos inmediatos y a una mayor frecuencia de recaídas. Las especificaciones se utilizan para distinguir su presencia o su ausencia:

Con dependencia fisiológica. Esta especificación debe usarse cuando la dependencia de sustancias se acompaña de signos de tolerancia (Criterio 1) o abstinencia (Criterio 2).

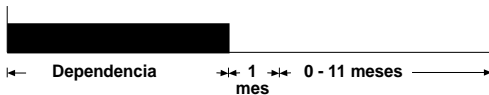
Sin dependencia fisiológica. Esta especificación debe usarse cuando no existe evidencia de tolerancia (Criterio 1) o abstinencia (Criterio 2). En estos sujetos la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón de uso compulsivo (al menos tres ítems de los Criterios 3-7).

Especificaciones de curso

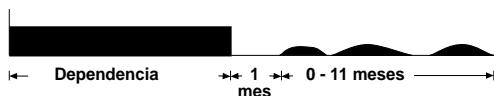
Se dispone de seis especificaciones de curso para la dependencia de sustancias. Las cuatro especificaciones de remisión son aplicables únicamente cuando no se cumple ninguno de los criterios para la dependencia de sustancias o el abuso de sustancias durante un mes como mínimo. La definición de estos cuatro tipos de remisión se basa en el intervalo de tiempo transcurrido desde el fin de la dependencia (remisión temprana *versus* remisión sostenida) y en función de la continuada presencia o no de uno o más de los síntomas incluidos en los criterios establecidos para la dependencia y el abuso de sustancias (remisión parcial *versus* remisión total). Debido a que los primeros 12 meses siguientes a la dependencia son de especial riesgo para la recaída, este período se designa remisión temprana. Pasados 12 meses de remisión temprana sin recaer en la dependencia, se habla de remisión sostenida. Tanto para la remisión temprana como para la sostenida se emplea la designación adicional de remisión completa si no se cumple ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso durante el período de remisión. Se especifica como remisión parcial cuando durante el período de remisión se observa al menos uno de los criterios para la dependencia o el abuso, sea de manera continuada o intermitente. La diferenciación entre remisión sostenida total y recuperación (sin ningún trastorno por consumo de sustancias) requiere considerar el tiempo transcurrido desde la última alteración, la duración total de esta alteración y la necesidad de evaluación continuada. Si, después de un período de remisión o recuperación, el sujeto vuelve a la dependencia, la aplicación de la especificación «remisión temprana» requiere otra vez un mes de tiempo sin que se cumpla ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso. Existen dos especificaciones adicionales: en terapéutica con agonistas y en entorno controlado. Para calificar un individuo con la especificación «remisión temprana» después del cese de una terapéutica con agonistas o de la liberación de un entorno controlado debe pasar un período de tiempo de un mes sin que se cumplan ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso.

Las siguientes especificaciones de remisión son aplicables únicamente tras un mes sin que se cumplan ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso. Obsérvese que estas especificaciones no son aplicables si el sujeto se halla bajo terapéutica con agonistas o en un entorno controlado (v. después).

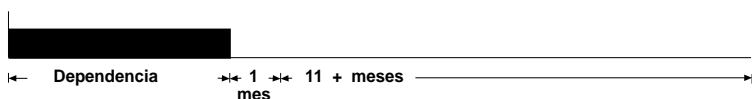
Remisión total temprana. Esta especificación se usa si no se cumplen los criterios de dependencia o abuso durante 1 a 12 meses.



Remisión parcial temprana. Esta especificación se usa si se han cumplido entre 1 y 12 meses uno o más criterios de dependencia o abuso (sin que se cumplan todos los criterios para la dependencia).



Remisión total sostenida. Esta especificación se usa si no se cumple ninguno de los criterios de dependencia o abuso en ningún momento durante un período de 12 meses o más.



Remisión parcial sostenida. Esta especificación se usa si no se cumplen todos los criterios para la dependencia durante un período de 12 meses o más; se cumplen, sin embargo, uno o más criterios de dependencia o abuso.



Se utilizan las siguientes especificaciones si el sujeto se halla bajo terapéutica con agonistas o en un entorno controlado:

En terapéutica con agonistas. Esta especificación se utiliza cuando el individuo está bajo medicación con agonistas prescrita, sin que se cumpla ninguno de los criterios para la dependencia o abuso de ese medicamento durante 1 mes (exceptuando la tolerancia o la abstinencia al agonista). Esta categoría también es aplicable a los sujetos tratados de su dependencia con un agonista parcial o un agonista/antagonista.

En un entorno controlado. Esta especificación se utiliza si el sujeto se encuentra en un entorno donde el acceso al alcohol y a las sustancias controladas es restringido y no se observa ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso durante 1 mes. Ejemplos de estos ambientes son las cárceles estrechamente vigiladas y libres de sustancias, las comunidades terapéuticas o las unidades hospitalarias cerradas.

■ Criterios para la dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- (1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(continúa)

Criterios para la dependencia de sustancias
(continuación)

- (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
- (2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
- (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
- (3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
- (4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
- (5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
- (6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
- (7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:

- 0 Remisión total temprana**
- 0 Remisión parcial temprana**
- 0 Remisión total sostenida**
- 0 Remisión parcial sostenida**
- 2 En terapéutica con agonistas**
- 1 En entorno controlado**
- 4 Leve/moderado/grave**

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

Abuso de sustancias

Características

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes (Criterio A). Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un período continuado de 12 meses. A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de sustancias no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido. Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el de abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con los criterios para la dependencia acordes con esa clase de sustancias (Criterio B). Aunque es más probable un diagnóstico de abuso de sustancias en los sujetos que han empezado a tomar la sustancia recientemente, algunos de ellos continúan experimentando consecuencias sociales adversas relacionadas con la sustancia durante un largo período de tiempo sin presentar signos de dependencia. La categoría de abuso de sustancias no es aplicable a la nicotina ni a la cafeína.

El sujeto aparece intoxicado o con otros síntomas relacionados con la sustancia cuando se espera de él el cumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o en casa (Criterio A1). Puede haber repetidas ausencias o un rendimiento pobre en el trabajo debido a resacas repetidas. Un estudiante puede incurrir en ausencias relacionadas con la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela. Mientras está intoxicado, el individuo puede descuidar a sus hijos o las obligaciones de la casa. Puede ocurrir que la persona se intoxique repetidamente en situaciones que son físicamente peligrosas (p. ej., mientras conduce el coche, accionando maquinaria o durante actividades recreativas de riesgo como la natación o la escalada) (Criterio A2). Pueden existir problemas legales recurrentes relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso, asalto y violencia, o por conducir bajo los efectos de la sustancia) (Criterio A3). El sujeto puede continuar el consumo de la sustancia a pesar de un historial de repetidas consecuencias indeseables, tanto sociales como interpersonales (p. ej., dificultades conyugales, divorcio o violencia verbal o física) (Criterio A4).

■ Criterios para el abuso de sustancias

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
- (1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
 - (2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)

(continúa)

Criterios para el abuso de sustancias
(continuación)

- (3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
 - (4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Trastornos inducidos por sustancias

Intoxicación por sustancias

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por sustancias es la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión (o exposición) (Criterio A). Los cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos (p. ej., agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) son debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central y se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después (Criterio B). Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio C). La intoxicación por sustancias se asocia con frecuencia a la dependencia o abuso de sustancias. Esta categoría no se aplica a la nicotina. Debe obtenerse demostración de la reciente toma de la sustancia a través de la historia, de la exploración física (p. ej., el olor a alcohol al respirar) y de los análisis toxicológicos (p. ej., orina o sangre).

Los cambios más frecuentes implican alteraciones de la percepción, de la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio y el comportamiento psicomotor e interpersonal. El cuadro clínico específico en la intoxicación por sustancias varía entre los sujetos y depende de la sustancia implicada, de la dosis, la duración o cronicidad de su uso, de la tolerancia del sujeto a los efectos de la sustancia, del tiempo transcurrido desde la toma de la última dosis, de las expectativas por parte de la persona a los efectos de la sustancia y del entorno o lugar en el que la sustancia se ha tomado. Los síntomas y signos de la intoxicación difieren según su consumo sea inmediato o agudo o sostenido o crónico. Por ejemplo, dosis moderadas de cocaína pueden producir inicialmente un comportamiento afiliativo pero puede aparecer retraimiento social si tales dosis se repiten con frecuencia durante días o semanas. Diferentes sustancias (incluso de distintas clases) pueden producir síntomas idénticos. Por ejemplo, tanto la intoxicación por anfetaminas como por cocaína pueden dar lugar a grandiosidad e hiperactividad, acompañadas de taquicardia, dilatación pupilar, elevación de la tensión arterial y transpiración o escalofríos.

En el sentido psicológico el término *intoxicación* es mucho más amplio que el de intoxicación por sustancias tal como aquí se define. Muchas sustancias provocan cambios fisiológicos o psicológicos que no son necesariamente desadaptativos. Por ejemplo, un sujeto con taquicardia por consumo excesivo de cafeína presenta una intoxicación fisiológica, pero, si éste es el único síntoma en ausencia de un comportamiento desadaptativo, no debe realizarse el diagnóstico de intoxicación por cafeína. La naturaleza desadaptativa de un cambio de comportamiento inducido por una sustancia depende del entorno y del contexto social. El comportamiento desadaptativo sitúa al sujeto en un mayor riesgo de padecer efectos adversos (p. ej., accidentes, complicaciones médicas, alteración de la relación familiar o social, problemas laborales, económicos o legales). Los signos y síntomas de la intoxicación persisten a veces durante horas o días, mucho después de que la sustancia ya no se detecta en el organismo. Esto puede ser debido a la presencia continua de bajas concentraciones de la sustancia en algunas áreas cerebrales o al efecto de «ataque y retirada» (*hit and run*) por el que la sustancia altera el proceso fisiológico y la recuperación dura más tiempo que el empleado para la eliminación de la sustancia. Estos efectos de intoxicación a largo plazo deben distinguirse de la abstinencia (p. ej., los síntomas que se inician por un descenso de las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos).

■ Criterios para la intoxicación por sustancias

- A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). **Nota:** diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Abstinencia de sustancias

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia por sustancias consiste en la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias (Criterio A). El síndrome específico de la sustancia provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto (Criterio B). Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio C). La abstinencia va asociada con frecuencia, aunque no siempre, a la dependencia de sustancias (v. pág. 184). Muchos (quizá todos) sujetos con abstinencia por sustancias presentan una necesidad irresistible (*craving*) de volver a tomar la sustancia para redu-

cir los síntomas. Los siguientes grupos de sustancias pueden dar lugar al diagnóstico de abstinencia: alcohol; anfetaminas y otras sustancias afines; cocaína, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia varían de acuerdo con la sustancia empleada, y muchos empiezan de forma opuesta a los observados en la intoxicación por esta misma sustancia. También afectan a los síntomas de abstinencia la dosis y duración y otros factores como la presencia de otras enfermedades. Los síntomas por abstinencia se presentan cuando las dosis se reducen o dejan de tomarse, mientras que los signos y síntomas de la intoxicación mejoran (de forma gradual en algunos casos) cuando se interrumpe el consumo de la sustancia.

■ Criterios para la abstinencia de sustancias

- A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Síntomas asociados a la dependencia, el abuso, la intoxicación y la abstinencia

Evaluación. El diagnóstico de dependencia de sustancias exige la obtención de una historia detallada del sujeto, y, siempre que sea posible, debe recogerse información adicional de diversas fuentes (p. ej., informes médicos, de la esposa, los familiares y los amigos íntimos). Además, son útiles los hallazgos de la exploración física y los resultados de las pruebas de laboratorio.

Vía de administración. La vía de administración de las sustancias es un factor importante para determinar sus efectos (incluyendo el tiempo requerido para que aparezca la intoxicación, la probabilidad de que su consumo produzca cambios fisiológicos asociados a la abstinencia, la probabilidad de que su consumo lleve a la dependencia o al abuso y si los patrones de consumo se caracterizarán por intoxicaciones intermitentes o uso diario). Las vías de administración que producen una absorción más rápida y eficiente en el torrente sanguíneo (p. ej., vía intravenosa, fumar o inhalar) tienden a provocar una intoxicación más intensa y un aumento de la probabilidad de un patrón de consumo en escalada, lo que conduce a la dependencia. Las vías de administración que permiten una llegada rápida de una gran cantidad de sustancia al cerebro se asocian también al consumo de grandes cantidades y aumentan la probabilidad de efectos tóxicos. Por ejemplo, una persona que utiliza anfetamina por vía intravenosa es más probable que consuma grandes cantidades y, por lo tanto, aumente el riesgo de sobredosis, que el sujeto que sólo ingiere la anfetamina por vía oral o intranasal.

Rapidez de inicio con cada tipo de sustancia. Las sustancias que actúan rápidamente es más probable que produzcan intoxicación inmediata y lleven a la dependencia o al abuso, que las sustancias de acción más lenta. Por ejemplo, el diazepam y el alprazolam tardan menos en actuar que el oxacepam y, en consecuencia, tienen mayor probabilidad de conducir a la dependencia o al abuso de sustancias.

Duración de los efectos. La duración de los efectos asociados a una determinada sustancia también es importante en la determinación del curso de la intoxicación y de su capacidad para la dependencia o el abuso. Las sustancias de acción corta (p. ej., algunos ansiolíticos) tienden a tener un mayor potencial para la creación de dependencia o abuso que las sustancias con efectos parecidos, pero con un tiempo de acción más prolongado (p. ej., fenobarbital). La vida media de las sustancias tiene cierto paralelismo con aspectos de la abstinencia: cuanto mayor es la duración de la acción, mayor es el tiempo entre el cese y el inicio de los síntomas de abstinencia y mayor es la probabilidad de duración de la abstinencia.

Uso de varias sustancias. La dependencia, el abuso, la intoxicación y la abstinencia de sustancias implica con frecuencia varias de ellas utilizadas simultánea o secuencialmente. Por ejemplo, sujetos con dependencia de la cocaína beben con frecuencia alcohol o toman ansiolíticos u opiáceos para contrarrestar los síntomas de ansiedad inducidos por la cocaína. De igual forma, los sujetos con dependencia de los opiáceos o la *Cannabis* suelen presentar otros trastornos relacionados con sustancias, por lo general alcohol, ansiolíticos, anfetaminas o cocaína. Cuando se cumplen los criterios para más de un trastorno relacionado con sustancias, deben realizarse varios diagnósticos. El diagnóstico de dependencia de varias sustancias debe realizarse en algunos casos, tal como se describe en la página 276.

Hallazgos de laboratorio. Los análisis de laboratorio de muestras de sangre y orina ayudan a determinar el consumo reciente de una sustancia. Los niveles sanguíneos ofrecen información adicional sobre la cantidad de sustancia todavía presente en el organismo. Hay que señalar que un análisis de sangre u orina positivo no indica por sí mismo que el sujeto tenga un patrón de consumo de sustancias merecedor del diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias, y que un resultado negativo del análisis de sangre u orina no descarta por sí mismo el diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias.

En el caso de una intoxicación la sustancia relevante implicada puede determinarse mediante análisis de sangre u orina. La confirmación específica de la sustancia sospechosa puede requerir análisis toxicológicos, puesto que varias sustancias poseen síndromes de intoxicación parecidos, porque los sujetos pueden tomar varias sustancias y porque es frecuente la sustitución y contaminación de las sustancias adquiridas en la calle, de modo que los sujetos que obtienen las sustancias de forma ilegal desconocen con frecuencia el contenido específico de lo que están tomando. Las pruebas toxicológicas también ayudan a realizar el diagnóstico diferencial de la intoxicación o por la abstinencia de sustancias, con el fin de determinar su papel en la etiología (o reagudización) de los síntomas de diversos trastornos mentales (p. ej., trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos). Además, los niveles plasmáticos seriados son útiles para diferenciar la intoxicación de la abstinencia.

El nivel en la sangre de una sustancia puede ser una clave útil para determinar si la persona tiene una tolerancia alta a un tipo de sustancias (p. ej., una persona que presenta unos niveles de alcoholemia por encima de 150 mg/dl sin signos de intoxicación alcohólica tiene una tolerancia significativa al alcohol y es probable que sea un consumidor crónico tanto de alcohol como de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). Otro método para valorar la tolerancia es determinar si el sujeto responde a una terapéutica con agonistas o antagonistas. Por ejemplo, un sujeto que no presenta signos de intoxicación con dosis de 200 mg o más altas de fenobarbital tiene una tolerancia significativa a los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y puede precisar tratamiento para prevenir el desarrollo de la abstinencia. De igual modo, cuando la tolerancia o dependencia a los opiáceos no pueda confirmarse claramente por la historia, la utilización de un antagonista (p. ej., naloxona) es útil para demostrar la inducción de síntomas de abstinencia.

Las pruebas de laboratorio pueden ser de utilidad en la identificación de la abstinencia en sujetos con dependencia de sustancias. La demostración de la disminución o la supresión de las do-

sis puede obtenerse a través de la historia o de los análisis toxicológicos (p. ej., orina o sangre). Aunque muchas sustancias y sus metabolitos no se encuentran en la orina a las 48 horas de su ingesta, algunos metabolitos permanecen durante largos períodos en el organismo de los sujetos que utilizan la sustancia crónicamente. Las pruebas de orina ayudan a identificar una sustancia que es desconocida por el sujeto en abstinencia y puede hacer posible el inicio de un tratamiento adecuado. Los análisis de orina también son útiles para diferenciar la abstinencia de otros trastornos mentales, puesto que los síntomas de abstinencia pueden recordar los síntomas de trastornos mentales no relacionados con el consumo de la sustancia.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los estados de intoxicación y abstinencia incluyen síntomas y signos que con frecuencia son claves para definir la sustancia que se consume, y se presentan en los apartados de síntomas específicos para las 11 clases de sustancias. En general, la intoxicación por anfetaminas o cocaína se acompaña de aumentos de la tensión arterial, de la frecuencia respiratoria, del pulso y de la temperatura corporal. La intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o por medicación opiácea conlleva un patrón opuesto. La dependencia y abuso de sustancias se asocia a menudo a enfermedades médicas que habitualmente se relacionan con los efectos tóxicos de la sustancia en determinados órganos (p. ej., cirrosis en la dependencia alcohólica) o las vías de administración (p. ej., infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] a través de agujas).

Trastornos mentales asociados. El consumo de sustancias es con frecuencia un componente asociado a la aparición de síntomas propios de los trastornos mentales. Cuando se estima que los síntomas son un efecto fisiológico directo de una sustancia, se diagnostica trastorno inducido por sustancias (v. pág. 198). Los trastornos relacionados con sustancias también son frecuentes en muchos trastornos mentales y complican su curso y su tratamiento (p. ej., trastorno disocial en la adolescencia; trastornos límite y antisocial de la personalidad, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo).

Procedimiento de tipificación de la dependencia, el abuso, la intoxicación y la abstinencia

Para drogas de abuso. El clínico debe usar el código que se aplica a la clase de sustancias, registrando el nombre de la sustancia específica en lugar del nombre de la clase. Por ejemplo, el clínico debe registrar F13.3 Abstinencia de secobarbital [292.0] (en lugar de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) o F15.1 Abuso de metanfetaminas [305.70] (en lugar de abuso de anfetaminas). Para las sustancias no incluidas en ninguna de las clases (p. ej., nitrito de amilo) hay que usar el código apropiado para «dependencia de otras sustancias», «abuso de otras sustancias», «intoxicación por otras sustancias» o «abstinencia de otras sustancias», indicando la sustancia específica (p. ej., F19.1 Abuso de nitrito de amilo [305.90]). Si la sustancia es desconocida debe usarse el código para la clase «otras sustancias (o desconocidas)» (p. ej., F19.00 Intoxicación por sustancias desconocidas [292.89]). Si para una sustancia determinada se cumplen criterios para más de un trastorno relacionado con sustancias, deben diagnosticarse todos (p. ej., F11.3 Abstinencia de heroína [292.0]; F11.22 Dependencia de heroína [304.10]). Si hay síntomas o problemas asociados a una sustancia en particular, sin que se cumplan los criterios para ninguno de los trastornos por sustancias específicas, debe usarse la categoría no especificado (p. ej., F12.9 Trastorno no especificado relacionado con *Cannabis* [292.9]). Si se consumen varias sustancias deben diagnosticarse todos los trastornos relacionados con ellas (p. ej., F16.00 Intoxicación por mescalina [292.89]; F14.24 Dependencia de cocaína [304.20]). Los casos en los que debe diagnosticarse F19.24 Dependencia de varias sustancias [304.80] se describen en la página 276.

Para medicamentos tóxicos. Para los medicamentos no citados antes (así como también para los tóxicos) debe usarse el código «otras sustancias».

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Hay una amplia variación cultural en las actitudes hacia el consumo de sustancias, los patrones de uso, su accesibilidad, las reacciones fisiológicas a las sustancias y la prevalencia de los trastornos relacionados con su uso. Algunas culturas prohíben el consumo de alcohol, mientras que en otras está ampliamente aceptado el consumo de sustancias que alteran el estado de ánimo. La influencia de estos factores debe tomarse en consideración al evaluar los patrones de consumo individual de cada sustancia. Los patrones de consumo de medicamentos y de la exposición a tóxicos también varía ampliamente en y entre los distintos países.

Entre los individuos de 18 a 24 años hay una prevalencia relativamente alta de consumo de sustancias, incluyendo al alcohol. Con las drogas de abuso, la intoxicación suele ser el primer trastorno relacionado con sustancias, que suele tener lugar en la juventud. La abstinencia puede aparecer a cualquier edad en función del tiempo de ingesta de dosis altas de la droga a lo largo de un tiempo suficiente. La dependencia puede también aparecer a cualquier edad, pero para muchas drogas de abuso es típico su inicio en los 20, 30 y 40 años. Cuando un trastorno relacionado con sustancias al margen de la intoxicación empieza en la adolescencia temprana con frecuencia se asocia a trastornos disocial y fracaso escolar. Para las drogas de abuso los trastornos relacionados con sustancias suelen diagnosticarse con más frecuencia en varones que en mujeres; sin embargo, la proporción según el sexo varía para cada tipo de sustancia.

Curso

El curso de la dependencia, el abuso, la intoxicación y la abstinencia varía según el tipo de sustancia, la vía de administración y otros factores. En el apartado «Curso» de cada clase de sustancia se indican los síntomas característicos, pero aún así cabe hacer algunas generalizaciones.

La intoxicación suele producirse en minutos u horas después de una dosis suficiente, y se mantiene o se intensifica con dosis repetidas. Normalmente, la intoxicación empieza a ceder cuando la concentración de la sustancia disminuye en la sangre o los tejidos, pero los signos y síntomas pueden remitir lentamente, durando en algunos casos horas o días después de que la sustancia no se detecta en los líquidos corporales. El inicio de la intoxicación puede retrasarse con sustancias de absorción lenta o con las que pueden metabolizarse a componentes activos. Las sustancias de acción prolongada pueden provocar intoxicaciones duraderas.

La abstinencia aparece al disminuir la concentración de la sustancia en el sistema nervioso central. Para las sustancias de vida media corta los primeros síntomas de abstinencia suelen aparecer pocas horas después de suprimir las dosis (p. ej., alcohol, loracepam o heroína), aunque pueden producirse crisis comiciales por abstinencia algunas semanas después de interrumpir las dosis altas de ansiolíticos de vida media larga. Los signos más intensos de abstinencia suelen ceder pocos días o semanas después de haber interrumpido el consumo de la sustancia, aunque cabe detectar signos fisiológicos sutiles algunas semanas o incluso meses después, formando parte del síndrome de abstinencia retardado.

El diagnóstico de abuso de sustancias es más probable en sujetos que han comenzado a consumir las sustancias recientemente. En muchos sujetos el abuso de un tipo particular de sustancia evoluciona hacia una dependencia de esa clase de sustancias. Esto es cierto, en especial, para aquellas sustancias que tienen un potencial alto de tolerancia, abstinencia y patrones de uso compulsivo. Algunos sujetos tienen episodios de abuso de sustancias durante un largo período de tiem-

po sin presentar dependencia. Esto es más frecuente con las sustancias que tienen un potencial bajo para el desarrollo de tolerancia, abstinencia y patrones de uso compulsivo. Una vez cumplidos los criterios para la dependencia de sustancias, no podrá hacerse a continuación el diagnóstico de abuso de sustancias para ninguna de las sustancias de la misma clase. En un sujeto con dependencia de sustancias en remisión completa las recaídas que cumplan criterios para el abuso de sustancias deben considerarse como dependencia en remisión parcial (v. especificaciones de curso, página 185).

El curso de la dependencia de sustancias es variable. Aunque pueden aparecer episodios relativamente breves y autolimitados (en particular durante períodos de estrés psicosocial), el curso es habitualmente crónico, dura años con períodos de agudización y remisión parcial o total. Puede haber períodos de gran consumo y problemas graves, períodos de abstinencia total y períodos de consumo no problemático de las sustancias, que a veces duran meses. La dependencia de sustancias se asocia en ocasiones con largas remisiones espontáneas. Por ejemplo, el seguimiento revela que el 20 % (o más) de los sujetos con dependencia alcohólica consigue la abstinencia permanente, con frecuencia después de un intenso estrés (p. ej., la amenaza o imposición de sanciones legales o sociales, el descubrimiento de una complicación médica que amenaza la vida). Durante los primeros 12 meses que siguen a la remisión, el sujeto es particularmente vulnerable a la recaída. Muchos sujetos infraestiman su vulnerabilidad al desarrollo de un patrón de dependencia. Cuando están en un período de remisión se dicen a sí mismos que no tendrán ningún problema para regular el consumo de la sustancia y cada vez se vuelven menos estrictos en su autocontrol, hasta que recaen de nuevo en la dependencia. La presencia de trastornos mentales concomitantes (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno depresivo mayor) aumenta con frecuencia el riesgo de complicaciones y de una mala evolución.

Deterioro y complicaciones

Aunque algunos sujetos con problemas relacionados con sustancias mantienen un buen nivel de actividad (p. ej., en las relaciones interpersonales, el trabajo y los negocios), estos trastornos causan con frecuencia un acusado deterioro y graves complicaciones. Los sujetos con trastornos relacionados con sustancias experimentan frecuentemente un deterioro de su salud general. De una dieta inadecuada y del descuido de la higiene personal pueden derivar la malnutrición y otras enfermedades médicas. La intoxicación o la abstinencia se pueden complicar por traumatismos relacionados con la coordinación motora o la falta de capacidad de juicio. Los productos utilizados para «cortar» algunas sustancias pueden provocar reacciones tóxicas o alérgicas. La utilización intranasal de las sustancias puede provocar erosión del tabique nasal. La utilización de estimulantes puede dar lugar a muerte súbita por arritmias cardíacas, infarto de miocardio, accidente vascular cerebral o paro respiratorio. El uso de agujas contaminadas durante la administración intravenosa de las sustancias puede causar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis, tétanos, vasculitis, septicemia, endocarditis bacteriana subaguda, embolias y malaria.

El consumo de sustancias puede estar asociado a comportamientos violentos o agresivos, manifestados a través de peleas o actos criminales que ocasionan lesiones tanto en el sujeto que utiliza la sustancia como en los demás. Se ha detectado una apreciable proporción de mortalidad y morbilidad debido a complicaciones de la intoxicación por sustancias, como accidentes de tráfico, domésticos o industriales. En la mitad de los accidentes mortales aproximadamente el conductor o el peatón están bajo los efectos de una intoxicación. Además, el 10 % de los sujetos con dependencia de sustancias se suicida, con frecuencia afectados de un trastorno del estado de ánimo inducido por la sustancia. Por último, muchas, si no todas, las sustancias descritas en esta sección atraviesan la placenta teniendo potenciales efectos secundarios en el desarrollo del feto (p. ej., sín-

drome alcohólico fetal). Tomadas en dosis altas por la madre, numerosas sustancias (p. ej., cocaína, opiáceos, alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos) son capaces de provocar dependencia psicológica en el feto y síndrome de abstinencia en el recién nacido.

Patrón familiar

La información acerca de la prevalencia familiar sobre todo ha sido estudiada para los trastornos relacionados con el alcohol (v. una exposición detallada en pág. 208). Hay pruebas de que las diferencias entre los sujetos en cuanto a las dosis que se requieren para producir intoxicación alcohólica están determinadas genéticamente. Aunque el abuso y la dependencia de sustancias sigue una distribución familiar, alguno de estos efectos se explican por la distribución familiar concurrente del trastorno antisocial de la personalidad, que predispone a los sujetos al abuso y a la dependencia de sustancias.

Diagnóstico diferencial

Los trastornos relacionados con sustancias se distinguen del **consumo no patológico de sustancias** (p. ej., **bebedores «sociales»**) y del **consumo apropiado de medicamentos por razones médicas** debido a la presencia de tolerancia, abstinencia, uso compulsivo o problemas relacionados con las sustancias (p. ej., complicaciones médicas, alteraciones de las relaciones familiares o sociales, problemas laborales, económicos o legales). Los síntomas predominantes del **abuso** o la **dependencia de sustancias** son de forma invariable los repetidos episodios de **intoxicación por sustancias**. Sin embargo, uno o más episodios de intoxicación por sí solos no son suficientes para establecer el diagnóstico tanto de dependencia como de abuso de sustancias.

Ello puede dificultar la distinción entre **intoxicación por sustancias** y **abstinencia de sustancias**. Si un síntoma aparece a una determinada dosis y disminuye gradualmente al interrumpir el consumo, es probable que sea consecuencia de la intoxicación. Si el síntoma aparece después de haber tomado la sustancia, o al reducir su cantidad, es probable que sea debido a la abstinencia. Los sujetos con trastornos relacionados con sustancias toman con frecuencia más de una sustancia y pueden estar bajo la intoxicación de una sustancia (p. ej., heroína) y en abstinencia de otra (p. ej., diazepam). Esta diferenciación se complica más por el hecho de que los signos y síntomas de la abstinencia de algunas sustancias (p. ej., sedantes) pueden parecerse parcialmente a los de la intoxicación por otras (p. ej., anfetaminas). La intoxicación por sustancias debe distinguirse del **delirium por intoxicación de sustancias** (pág. 135), del **trastorno psicótico inducido por sustancias, de inicio durante la intoxicación** (pág. 317), del **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, de inicio durante la intoxicación** (pág. 379), del **trastorno de ansiedad inducido por sustancias, de inicio durante la intoxicación** (pág. 451), del **trastorno sexual inducido por sustancias, de inicio durante la intoxicación** (pág. 532), y del **trastorno del sueño inducido por sustancias, de inicio durante la intoxicación** (pág. 617), por el hecho de que los síntomas de estos últimos son excesivos en comparación con los que habitualmente se asocian a la intoxicación por sustancias, y son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente. La abstinencia de sustancias debe distinguirse del **delirium por abstinencia de sustancias** (pág. 135), del **trastorno psicótico inducido por sustancias, de inicio durante la abstinencia** (pág. 317), del **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, de inicio durante la abstinencia** (pág. 379), del **trastorno de ansiedad inducido por sustancias, de inicio durante la abstinencia** (pág. 451), del **trastorno sexual inducido por sustancias, de inicio durante la abstinencia** (pág. 532), y del **trastorno del sueño inducido por sustancias, de inicio durante la abstinencia** (pág. 617), por el hecho de que los síntomas de

estos últimos son excesivos en comparación con los que habitualmente se asocian a la abstinencia de sustancias, y son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente.

Los trastornos inducidos por sustancias descritos a continuación presentan síntomas que se parecen a los de los **trastornos mentales (p. ej., primarios) no inducidos por sustancias**. Véase la página 199 para la exposición de este importante, y con frecuencia difícil, diagnóstico diferencial. El diagnóstico adicional de trastorno inducido por sustancias no suele establecerse cuando los **síntomas de trastornos mentales previos son reagudizados por la intoxicación o por la abstinencia de sustancias** (aunque el diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias sea apropiado). Por ejemplo, la intoxicación por algunas sustancias puede agudizar el cambio rápido del estado de ánimo en el trastorno bipolar, las alucinaciones auditivas y las ideas delirantes paranoides en la esquizofrenia, los pensamientos impuestos y los terrores nocturnos en el trastorno por estrés posttraumático, y los síntomas de ansiedad en el trastorno por crisis de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y agorafobia. La intoxicación o abstinencia pueden aumentar también el riesgo de suicidio, la violencia y el comportamiento impulsivo en sujetos con un trastorno antisocial o límite de la personalidad previo.

Muchas enfermedades neurológicas (p. ej., lesiones cerebrales) o metabólicas producen síntomas parecidos, a veces erróneamente atribuidos a la intoxicación o a la abstinencia (p. ej., fluctuación de los niveles de conciencia, lenguaje farfullante, descoordinación). Los síntomas de las enfermedades infecciosas también pueden parecerse a los de la abstinencia de algunas sustancias (p. ej., los de la gastroenteritis vírica son a veces similares a los de la abstinencia de opiáceos). Si los síntomas se consideran un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, debe diagnosticarse el apropiado **trastorno mental debido a enfermedad médica**. Si los síntomas se estiman un efecto fisiológico directo de ambos, el consumo de sustancias y la enfermedad médica, hay que diagnosticar tanto el trastorno relacionado con sustancias como el trastorno mental debido a enfermedad médica. Si el clínico no puede determinar si los síntomas previos son primarios, inducidos por sustancias o debidos a una enfermedad médica debe emplearse la **categoría no especificada** apropiada (p. ej., los síntomas psicóticos de etiología no determinada deben diagnosticarse como trastorno psicótico no especificado).

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la dependencia de una sustancia son similares, pero no idénticos, a los del DSM-IV. Si bien la CIE-10 contiene los siete puntos del DSM-IV, los condensa en cinco criterios y añade un sexto que hace referencia al comportamiento de anhelo (*craving*) por la sustancia. Además, el método para establecer la significación clínica difiere entre uno y otro sistema. En el DSM-IV se especifica que debe existir un patrón maladaptativo del consumo de la sustancia que provoque un malestar clínico significativo o deterioro de la actividad del individuo, mientras que los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren una duración mínima de los síntomas de 1 mes o bien una repetición de los episodios durante un período de 12 meses.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el consumo abusivo de sustancias resultan menos específicos que los del DSM-IV, ya que requieren «pruebas evidentes de que el consumo de la sustancia es responsable de (o contribuye sustancialmente a) daños físicos o psicológicos, incluyendo afectación de la capacidad de juicio o comportamiento disfuncional, que puede conducir a una incapacidad para mantener relaciones interpersonales o a que éstas sean negativas». En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de consumo nocivo.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la intoxicación son prácticamente iguales a los del DSM-IV. No obstante, a diferencia de la definición del DSM-IV de abs-

tinencia, que especifica que los síntomas de abstinencia deben provocar un malestar clínico significativo o deterioro de las actividades del individuo, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la abstinencia sólo requieren la presencia de signos y síntomas característicos.

Trastornos mentales inducidos por sustancias incluidos en otras secciones del manual

Los trastornos inducidos por sustancias provocan una variedad de síntomas que son característicos de otros trastornos mentales (v. tabla 1, pág. 183). Para facilitar el diagnóstico diferencial, el texto descriptivo y los criterios diagnósticos para estos otros trastornos inducidos por sustancias están incluidos en las secciones del manual que se refieren a los trastornos con los que comparten fenomenología:

El **delirium inducido por sustancias** (v. pág. 135) está incluido en la sección «Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos».

La **demencia persistente inducida por sustancias** (v. pág. 159) está incluida en la sección «Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos».

El **trastorno amnésico persistente inducido por sustancias** (v. pág. 167) está incluido en la sección «Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos».

El **trastorno psicótico inducido por sustancias** (v. pág. 317) está incluido en la sección «Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos». (En el DSM-III-R estos trastornos se clasificaban como «alucinosis orgánica» y «trastorno delirante orgánico».)

El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** (v. pág. 379) está incluido en la sección «Trastornos del estado de ánimo».

El **trastorno de ansiedad inducido por sustancias** (v. pág. 451) está incluido en la sección «Trastornos de ansiedad».

El **trastorno sexual inducido por sustancias** (v. pág. 532) está incluido en la sección «Trastornos sexuales y de la identidad sexual».

El **trastorno del sueño inducido por sustancias** (v. pág. 617) están incluidos en la sección «Trastornos del sueño».

Además, el **trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*)** (pág. 213) está incluido en esta misma sección con el título «Trastornos relacionados con alucinógenos».

En el DSM-III-R los trastornos inducidos por sustancias y los trastornos mentales debidos a enfermedad médica se denominaban trastornos «orgánicos» y se enumeraban juntos en una misma sección. Esta distinción de trastornos mentales «orgánicos» como una clase separada parecía implicar que los trastornos mentales «no orgánicos» o «funcionales» no estaban relacionados con factores o procesos físicos o biológicos. En el DSM-IV se elimina el término *orgánico* y se distinguen los trastornos mentales que son inducidos por sustancias de los que son debidos a enfermedad médica y de los que no responden a una etiología especificada. El término *trastorno mental primario* es utilizado para denominar de una manera abreviada los trastornos mentales que no son inducidos por sustancias ni debidos a una enfermedad médica.

El contexto en el que aparecen los trastornos inducidos por sustancias puede tener importantes implicaciones terapéuticas. Los trastornos inducidos por sustancias pueden aparecer en el contexto de una intoxicación por una abstinencia de sustancias, o pueden persistir largo tiempo una vez la sustancia ha sido eliminada del organismo (trastornos persistentes inducidos por sustancias). Los síntomas inducidos por sustancias que aparecen en el contexto de una intoxicación por sustancias deben indicarse usando el especificador de inicio durante la intoxicación. Los síntomas inducidos por sustancias que aparecen en el contexto de una abstinencia de sustancias deben indicarse usando el especificador de inicio durante la abstinencia. Hay que señalar que el diagnóstico

trastorno inducido por sustancias, de inicio durante la intoxicación y de inicio durante la abstinencia, no debe hacerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por o de abstinencia de sustancias, salvo en el caso de que los síntomas sean excesivos en relación con los que suelen aparecer en los síndromes de intoxicación por o de abstinencia de características de una sustancia en particular, y cuando presenten la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Se han incluido tres trastornos persistentes inducidos por sustancias en la sección «Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos»: la demencia persistente inducida por sustancias (v. pág. 159), el trastorno amnésico persistente inducido por sustancias (v. pág. 167) y el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos bajo el título «trastornos relacionados con alucinógenos», en esta sección (v. pág. 213). La característica esencial del trastorno persistente inducido por sustancias es la persistencia prolongada o permanente de los síntomas relacionados con las sustancias tiempo después de haber finalizado el curso habitual de la intoxicación o de la abstinencia.

Para las drogas de abuso, el diagnóstico trastorno mental inducido por sustancias requiere la demostración, a través de la historia, del examen físico y de las pruebas de laboratorio, de la intoxicación o la abstinencia de la sustancia. Para evaluar si los síntomas de un trastorno mental son un efecto fisiológico directo del consumo de la sustancia, es importante observar la relación temporal entre el inicio y curso del consumo de la sustancia y el inicio y curso de los síntomas. Si los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia o persisten durante períodos prolongados de abstinencia de la sustancia, es probable que no sean inducidos por ella. Como regla práctica, los síntomas que duran más de 4 semanas después de terminar la intoxicación o la abstinencia deben considerarse manifestaciones de un trastorno mental independiente no inducido por sustancias o de un trastorno persistente inducido por sustancias. Es necesario el juicio clínico para hacer esta distinción, ya que cada sustancia provoca distintos tipos de intoxicación y de abstinencia, y son varias sus posibles relaciones con los síntomas de los trastornos mentales. Debido a que el estado de abstinencia de algunas sustancias puede ser relativamente retardado, es útil observar cuidadosamente el curso de los síntomas durante un período de tiempo prolongado (p. ej., 4 semanas o más) después de terminar la intoxicación o la abstinencia, haciendo todos los esfuerzos posibles por mantener al sujeto abstinentes. Esto se consigue de varias maneras, que incluyen la hospitalización, el tratamiento en programas institucionales, el seguimiento de control, la ayuda de amigos y familiares para mantener al sujeto libre de la sustancia, los análisis de orina y de sangre para detectar la presencia de sustancias y, en el caso del alcohol, los análisis de marcadores biológicos como la gamma-glutamilttransferasa (GGT).

Otra cuestión a considerar para distinguir un trastorno mental primario de un trastorno inducido por sustancias es la presencia de síntomas atípicos del trastorno primario (p. ej., edad de inicio o curso atípicos). Por ejemplo, el inicio de un episodio maníaco después de los 45 años sugiere una etiología inducida por sustancias. En cambio, un dato que sugiere que los síntomas se explican mejor por la existencia de un trastorno mental primario es la presencia de una historia de episodios previos de la alteración, no inducidos por sustancias. Por último, hay que considerar la presencia o ausencia de síntomas fisiológicos y comportamentales de intoxicación o de abstinencia. Por ejemplo, la presencia de ideas delirantes no debe sorprender en el contexto de una intoxicación por fenciclidina, pero ya no es tan frecuente en la intoxicación por sedantes, aumentando así la probabilidad de que los síntomas se expliquen mejor por la presencia de un trastorno psicótico. Además, deben tenerse en cuenta las dosis utilizadas de la sustancia. Por ejemplo, la presencia de ideas delirantes paranoides podría ser poco frecuente tras fumar un cigarrillo de marihuana, pero puede ser compatible con altas dosis de hashish.

Los trastornos inducidos por sustancias pueden aparecer como efecto secundario de un medicamento o de la exposición a un tóxico. Los trastornos inducidos por sustancias debidos a medicación prescrita para un trastorno mental o para una enfermedad médica deben tener su inicio cuando la persona está recibiendo el medicamento (o durante la abstinencia si el medicamento

se asocia a síndrome de abstinencia). Una vez interrumpido el tratamiento, los síntomas normalmente remitirán en días o en pocas semanas (dependiendo de la vida media de la sustancia, de la presencia de síndrome de abstinencia y de la variabilidad individual). Si los síntomas persisten, debe pensarse en un trastorno mental primario (no relacionado con el medicamento). Debido a que los sujetos con enfermedades médicas suelen tomar medicamentos para tratarlas el clínico debe considerar la posibilidad de que los síntomas sean causados por los efectos fisiológicos de las enfermedades y no por el medicamento, en cuyo caso se diagnosticará trastorno mental debido a enfermedad médica. La historia puede proporcionar las bases para hacer este juicio, pero puede ser necesario un cambio en el tratamiento de la enfermedad médica (p. ej., sustitución o retirada del medicamento) para determinar empíricamente si la medicación es el agente causal.

Procedimiento de tipificación de los trastornos mentales inducidos por sustancias incluidos en otras secciones del manual

El nombre del diagnóstico empieza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, diazepam, dexametasona) que se cree ha provocado los síntomas. El código diagnóstico se selecciona de la lista de clases de sustancias señaladas en los criterios para cada trastorno inducido por una determinada sustancia. Para las sustancias que no se encuentran en ninguna de las clases (p. ej., dexametasona) se usará el código «otras sustancias». El nombre del trastorno (p. ej., trastorno psicótico inducido por cocaína; trastorno de ansiedad inducido por diazepam) va seguido de la especificación del síntoma predominante y del contexto en el que éste se presenta (p. ej., F14.51 Trastorno psicótico inducido por cocaína, con ideas delirantes, de inicio durante la intoxicación [292.11]; F13.8 Trastorno por ansiedad inducido por diazepam, de inicio durante la abstinencia [292.89]). Cuando se estima que más de una sustancia desempeña un papel significativo en el desarrollo de los síntomas, debe enumerarse cada una por separado. Si se estima que una sustancia es el factor etiológico, pero se desconoce la sustancia específica, se usará la clase «sustancia desconocida».

Trastornos relacionados con el alcohol

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y una mortalidad considerables. En algún momento de la vida cerca del 90 % de los adultos en Estados Unidos han tenido alguna experiencia con el alcohol, y un número importante (60 % de varones y 30 % de mujeres) han tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados con él (p. ej., conducir después de haber bebido en exceso, bajas laborales o escolares debidas a resacas). Por fortuna, a partir de estas experiencias la mayoría de los sujetos aprenden a moderar la bebida y a no desarrollar dependencia o abuso por alcohol.

Esta sección contiene descripciones específicas de los trastornos relacionados con el alcohol. En el texto que se refiere de un modo genérico al consumo de sustancias ya se han descrito y especificado los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias (pág. 182) y el abuso de sustancias (página 188), y aquí se hará referencia a la dependencia y el abuso de alcohol, para los que no hay criterios diagnósticos adicionales. La descripción y los criterios diagnósticos específicos para la intoxicación alcohólica y la abstinencia alcohólica se expondrán después. Los trastornos inducidos por el alcohol (además de la intoxicación y abstinencia alcohólicas) se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten fenomenología (p. ej., el trastorno del estado de

ánimo inducido por el alcohol está incluido en la sección «Trastornos del estado de ánimo»). Se enumeran a continuación los trastornos por consumo de alcohol y los trastornos inducidos por el alcohol.

Trastornos por consumo de alcohol

F10.2x Dependencia del alcohol [303.90] (v. pág. 201)

F10.1 Abuso de alcohol [305.00] (v. pág. 202)

Trastornos inducidos por el alcohol

F10.00 Intoxicación por alcohol [303.00] (v. pág. 202)

F10.3 Abstinencia de alcohol [291.8] (v. pág. 203)

Especificar si: Con alteraciones perceptivas

F10.03 Delirium por intoxicación por alcohol [291.0] (v. pág. 135)

F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol [291.0] (v. pág. 135)

F10.73 Demencia persistente inducida por el alcohol [291.2] (v. pág. 159)

F10.6 Trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol [291.1] (v. pág. 167)

F10.51 Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con ideas delirantes [291.5] (v. pág. 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

F10.52 Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con alucinaciones [291.3] (v. pág. 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por el alcohol [291.8] (v. pág. 379)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

F10.8 Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol [291.8] (v. pág. 451)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

F10.8 Trastorno sexual inducido por el alcohol [291.8] (v. pág. 532)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F10.8 Trastorno del sueño inducido por el alcohol [291.8] (v. pág. 617)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado [291.9] (v. pág. 210)

Trastornos por consumo de alcohol

F10.2x Dependencia del alcohol [303.90]

Véase también la descripción y los criterios para la dependencia de sustancias (pág. 182). La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia de alcohol (v. pág. 203) se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Una relativa minoría de sujetos con dependencia del alcohol nunca experimentan síntomas relevantes de abstinencia y sólo cerca del 5 % de los sujetos con dependencia los experimentan siempre (p. ej., delirium, crisis comiciales de gran mal). Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos sujetos continúan con frecuencia el con-

sumo de alcohol a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas o psicológicas (p. ej., depresión, pérdidas de memoria, enfermedades hepáticas u otras secuelas).

Especificaciones

Pueden aplicarse las siguientes especificaciones al diagnóstico de dependencia del alcohol (para más detalles, v. pág. 185):

- 0 Remisión total temprana/remisión parcial temprana**
- 0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida**
- 2 En terapéutica con agonistas**
- 1 En entorno controlado**
- 4 Leve/moderado/grave**

Especificar si:

- Con dependencia fisiológica**
- Sin dependencia fisiológica**

F10.1 Abuso de alcohol [305.00]

Véase también la descripción y los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias (página 188). La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando máquinas en estado de embriaguez). Beber alcohol puede causar problemas legales (p. ej., detenciones por intoxicación o conducir bajo los efectos del alcohol). Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea (p. ej., discusiones violentas con la mujer mientras está intoxicado, abuso de los niños). Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.

Trastornos inducidos por el alcohol

F10.00 Intoxicación por alcohol [303.00]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación por sustancias (página 189). La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (p. ej., comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después (Criterios A y B). Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma (Criterio C). Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). El cuadro clínico es similar al que se observa durante la intoxicación por benzodiazepinas o sedantes. La falta de coordinación puede interferir la capacidad de conducir hasta el punto de provocar accidentes. La demostración de que el sujeto ha bebido se puede conseguir por el olor de su aliento, por la historia obtenida a través de la información del propio sujeto u otro acompañante e incluso, si es necesario, practicando análisis de orina y de sangre.

■ Criterios para el diagnóstico de F10.00 Intoxicación por alcohol [303.00]

- A. Ingestión reciente de alcohol.
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 - (1) lenguaje farfullante
 - (2) incoordinación
 - (3) marcha inestable
 - (4) nistagmo
 - (5) deterioro de la atención o de la memoria
 - (6) estupor o coma
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

F10.3 Abstinencia de alcohol [291.8]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos de la abstinencia de sustancias (pág. 190). La característica esencial de la abstinencia alcohólica es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después de interrumpir o reducir el uso prolongado de grandes cantidades de alcohol (Criterios A y B). El síndrome de abstinencia incluye dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o pulsaciones por encima de 100); aumento del temblor distal de las manos; insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; agitación psicomotora; ansiedad, y crisis epilépticas. Cuando se observen alucinaciones o ilusiones, el clínico puede especificar con alteraciones perceptivas (v. después). Los síntomas pueden provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social y de otras áreas importantes de la actividad del sujeto (Criterio C). Los síntomas no han de deberse a enfermedad médica ni ser explicados mejor por otro trastorno mental (p. ej., abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o trastorno de ansiedad generalizada) (Criterio D).

Los síntomas se alivian con frecuencia tras la administración de alcohol u otros depresores del sistema nervioso central. Los síntomas de abstinencia empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente (p. ej., entre 4 y 12 horas) después de haber interrumpido o reducido la bebida. Sin embargo, los síntomas de abstinencia pueden aparecer tras largos períodos de tiempo (p. ej., unos días). Debido a la vida media corta del alcohol, los síntomas de abstinencia alcanzan su mayor intensidad durante el segundo día de abstinencia y mejoran de forma marcada al cuarto o quinto días. Sin embargo, a los síntomas de abstinencia pueden seguir síntomas de ansiedad, insomnio y disfunción autonómica en distintos grados de intensidad durante períodos de 3 a 6 meses.

Menos del 5 % de los sujetos presenta síntomas de abstinencia más graves (p. ej., hiperactividad autonómica intensa, temblores y delirium por abstinencia de alcohol). Las crisis comiciales de gran mal aparecen en menos del 3 % de los sujetos. El delirium por abstinencia de alcohol (página 135) incluye alteraciones cognoscitivas y de la conciencia, y también alucinaciones visuales, táctiles o auditivas («delirium tremens»). Cuando aparece el delirium por abstinencia es probable que exista una enfermedad médica asociada (p. ej., insuficiencia renal, neumonía, hemorragia digestiva, secuelas de traumatismos craneales, hipoglucemia, alteraciones del equilibrio electrolítico o estado postoperatorio).

Especificaciones

Puede aplicarse la siguiente especificación para el diagnóstico de abstinencia de alcohol:

Con alteraciones perceptivas. Esta especificación debe anotarse cuando las alucinaciones con juicio de realidad intacto o las ilusiones auditivas, visuales o táctiles aparecen en ausencia de delirium. Juicio de realidad intacto significa que el sujeto sabe que las alucinaciones son inducidas por la sustancia y no representan la realidad externa. Cuando las alucinaciones aparecen en ausencia de un juicio de realidad intacto, debe considerarse un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias, con alucinaciones.

■ **Criterios para el diagnóstico de F10.3 Abstinencia de alcohol [291.8]**

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:
 - (1) hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
 - (2) temblor distal de las manos
 - (3) insomnio
 - (4) náuseas o vómitos
 - (5) alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 - (6) agitación psicomotora
 - (7) ansiedad
 - (8) crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar si:

Con alteraciones perceptivas

Otros trastornos inducidos por alcohol

Los siguientes trastornos inducidos por alcohol se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten fenomenología: **delirium por intoxicación por alcohol** (pág. 135), **delirium por abstinencia de alcohol** (pág. 135), **demencia persistente inducida por alcohol** (pág. 159), **trastorno amnésico persistente inducido por alcohol** (pág. 167), **trastorno psicótico inducido por alcohol** (pág. 317), **trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol** (pág. 379), **trastorno de ansiedad inducido por alcohol** (pág. 451), **trastorno sexual inducido por alcohol** (pág. 532), **trastorno del sueño inducido por alcohol** (pág. 617). Estos trastornos se diagnostican en lugar de intoxicación por o abstinencia de alcohol sólo cuando los síntomas exceden de los que se asocian habitualmente a los síndromes de intoxicación o abstinencia y cuando son de la suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Información adicional sobre los trastornos relacionados con el alcohol

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. La dependencia del alcohol y el abuso de alcohol se asocian con frecuencia a la dependencia y el abuso de otras sustancias (p. ej., *Cannabis*, cocaína, heroína, anfetaminas, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y nicotina). El alcohol puede usarse para aliviar los efectos secundarios de estas sustancias o para sustituirlas en caso de no disponer de ellas. Los síntomas de depresión, ansiedad e insomnio acompañan frecuentemente y a veces preceden la dependencia del alcohol. La intoxicación por alcohol se asocia en ocasiones con amnesia para acontecimientos sucedidos durante la intoxicación (lagunas o *blackouts*). Este fenómeno puede estar relacionado con la presencia de niveles altos de alcoholemia y quizá con la rapidez con que se alcanzan dichos niveles.

Los trastornos relacionados con el alcohol se asocian a un aumento significativo del riesgo de accidentes, violencia y suicidio. Se estima que aproximadamente la mitad de las muertes por accidentes de tráfico se deben a que el conductor o el peatón están bebidos. La intoxicación alcohólica grave, especialmente en sujetos con trastorno antisocial de la personalidad, se asocia con la ejecución de actos criminales. Por ejemplo, más de la mitad de todos los asesinatos y sus víctimas se cree que presentaban intoxicación por alcohol en el momento del asesinato. La intoxicación alcohólica grave contribuye también a la desinhibición y a los sentimientos de tristeza e irritabilidad que contribuyen a los intentos de suicidio y a los suicidios consumados. Los trastornos relacionados con el alcohol contribuyen al absentismo laboral, a los accidentes laborales y a la disminución de la productividad. El abuso y la dependencia del alcohol, junto con el abuso y la dependencia de otras sustancias, presentan una alta prevalencia entre los sujetos sin hogar (*homeless*) en Estados Unidos. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia pueden asociarse también a la dependencia alcohólica. Aunque el comportamiento antisocial y el trastorno antisocial de la personalidad suelen asociarse a trastornos relacionados con el alcohol, es más frecuente que se asocien a trastornos relacionados con sustancias ilegales (p. ej., cocaína, heroína o anfetaminas) que, con frecuencia, dan lugar a actos criminales.

Hallazgos de laboratorio. Un indicador sensible del consumo abundante y prolongado de alcohol es la elevación (> 30 U) de la gamma-glutamiltansaminotransferasa (GGT). Esta prueba puede ser la única anómala de todas las pruebas de laboratorio. Por lo menos el 70 % de los sujetos con elevación de la GGT bebe de manera abundante y persistente. El volumen corpuscular medio (VCM) puede estar elevado en sujetos que beben de forma abundante a causa de deficiencias de algunas

vitaminas B, así como por los efectos tóxicos del alcohol sobre la eritropoyesis. Aunque el VCM se utiliza para ayudar a identificar a los bebedores que consumen alcohol en abundancia, es un mal método para controlar la abstinencia debido a la larga vida media de los hematíes. Las pruebas de función hepática (p. ej., la transaminasa glutamicooxalacética [SGOT] y las fosfatasa alcalinas) pueden revelar lesión hepática a consecuencia del consumo abundante de alcohol. Cabe observar elevaciones de los lípidos en la sangre (p. ej., triglicéridos y colesterol) como consecuencia de la disminución de la glucogénesis asociada al consumo abundante de alcohol. Unos niveles altos de ácidos grasos en la sangre contribuyen también al desarrollo de hígado graso. Niveles altos dentro de los valores normales de ácido úrico, sin ser específicos, pueden aparecer en grandes consumidores de alcohol. La prueba más válida para medir el consumo de alcohol es la concentración de alcohol en la sangre, que puede usarse para estimar la tolerancia al alcohol. Se considera que un sujeto con una concentración de etanol de 100 mg/dl que no muestra signos de intoxicación ha adquirido un cierto grado de tolerancia al alcohol. Cuando la concentración de etanol alcanza los 200 mg/dl muchos sujetos sin tolerancia presentan una intoxicación grave.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. La ingestión repetida de dosis altas de alcohol puede afectar casi todos los órganos, especialmente, el tubo digestivo, el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central y periférico. Los efectos gastrointestinales incluyen gastritis y úlceras de estómago o duodeno, y cerca del 15 % de los grandes consumidores de alcohol presentan cirrosis hepática y pancreatitis. También se observa un aumento de la proporción de cáncer de esófago, estómago y de otras partes del tubo digestivo. La hipertensión moderada es una de las enfermedades asociadas con más frecuencia. Menos frecuentes son la miocardiopatía y otras miopatías, aunque aparecen en mayor proporción entre los bebedores de grandes cantidades de alcohol. Estos factores, junto con acusados aumentos de los niveles de triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad (colesterol) contribuyen a un mayor riesgo de cardiopatía. La neuropatía periférica se demuestra por debilidad muscular, parestesias y disminución de la sensibilidad periférica. Los efectos más persistentes del sistema nervioso central incluyen déficit cognoscitivos, deterioro grave de la memoria y cambios degenerativos en el cerebelo. Estos efectos están relacionados con la deficiencia de vitaminas (en especial déficit de vitamina B, incluyendo el de tiamina). El efecto más devastador del sistema nervioso central es el trastorno amnésico persistente, que es relativamente poco frecuente (pág. 167) (síndrome de Wernicke-Korsakoff), en el que está gravemente deteriorada la capacidad para procesar nuevos datos en la memoria.

Muchos de los síntomas y hallazgos físicos asociados con los trastornos relacionados con el alcohol son consecuencia de enfermedades ya mencionadas antes. Como ejemplos cabe mencionar la dispepsia, las náuseas y la hinchazón que acompañan a la gastritis y a la hepatomegalia; las alteraciones hepáticas se acompañan de varices esofágicas y hemorroides. Otros signos físicos son temblor, marcha inestable, insomnio y disfunción de la erección. Los sujetos con dependencia alcohólica crónica pueden presentar una disminución del tamaño testicular y signos de feminización a causa de la disminución de los niveles de testosterona. El consumo de alcohol abundante y repetido durante el embarazo puede asociarse a abortos espontáneos y síndrome alcohólico fetal. Los sujetos con historia de epilepsia o graves traumatismos craneales tienen más probabilidad de presentar crisis comiciales. La abstinencia de alcohol se asocia a náuseas, vómitos, gastritis, hematemesis, sequedad de boca, abotargamiento facial y edema periférico. La intoxicación por alcohol puede dar lugar a caídas y accidentes que pueden provocar fracturas, hematomas subdurales y otras secuelas de traumatismos craneales. La intoxicación alcohólica repetida y grave puede suprimir los mecanismos inmunológicos y predisponer a infecciones y al aumento de riesgo de cáncer. Por último, no reconocer la abstinencia alcohólica en sujetos en los que no se ha valorado la dependencia alcohólica conlleva el riesgo de un mayor coste y un tiempo de hospitalización más prolongado.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Las tradiciones culturales que fomentan el consumo del alcohol en la familia, en la religión y en la vida social, especialmente durante la infancia, afectan tanto los patrones de consumo de alcohol, como la probabilidad de que se presenten problemas relacionados con él. Los patrones de consumo de alcohol en diferentes países se caracterizan por las acusadas diferencias en la cantidad y frecuencia de su consumo. En muchas culturas asiáticas la prevalencia global de los trastornos relacionados con el alcohol es relativamente baja; en cambio, la proporción varones a mujeres es alta. Estos hallazgos parecen estar relacionados con la ausencia, en casi el 50 % de los japoneses, chinos y coreanos, de la aldehído-deshidrogenasa responsable del metabolismo del alcohol a través del acetaldehído. Cuando estos sujetos consumen alcohol experimentan rubefacción facial y palpitaciones, lo que disminuye la probabilidad de un consumo excesivo. En Estados Unidos los blancos y los afroamericanos presentan la misma proporción de abuso y dependencia; los latinos presentan proporciones más altas, siendo la prevalencia menor entre las mujeres latinas que entre las mujeres de otros grupos étnicos. Aunque es difícil separar causa y efecto, el bajo nivel educacional, la falta de empleo y un bajo *status* socioeconómico se asocian con trastornos relacionados con el alcohol. Los años de escolaridad no son importantes en la determinación del riesgo de problemas alcohólicos, pero sí lo es el hecho de que la escolaridad no se culmine (p. ej., quienes abandonan la escuela presentan una mayor proporción de trastornos relacionados con el alcohol).

Entre los adolescentes, el trastorno disocial y el comportamiento antisocial reiterativa coexisten con frecuencia con el abuso o dependencia alcohólica y con otros trastornos relacionados con sustancias. Los cambios físicos de la vejez producen un aumento de la susceptibilidad cerebral a los efectos depresores del alcohol, disminuyen el metabolismo hepático de algunas sustancias, entre las que se incluye el alcohol, y reducen el porcentaje de agua en el organismo. Estos cambios pueden provocar que la gente mayor presente intoxicaciones más graves y, por consiguiente, problemas con menores niveles de consumo. En los ancianos, los problemas relacionados con el alcohol tienen mayor probabilidad de asociarse con otras complicaciones médicas.

El abuso y la dependencia del alcohol son más frecuentes en varones que en mujeres, en una proporción 5:1. Sin embargo, esta proporción varía en función de la edad. Las mujeres tienden a empezar más tarde el consumo abundante de alcohol en comparación con los varones y, por tanto, también presentan más tarde los trastornos relacionados con el alcohol. Una vez establecido el abuso o dependencia alcohólica en las mujeres, progresa con mayor rapidez, y en la edad media de la vida éstas pueden tener los mismos problemas y en la misma proporción que los varones (problemas de salud, consecuencias laborales o interpersonales). Con la misma cantidad de alcohol ingerida/kg de peso las mujeres tienden a presentar concentraciones de alcohol en la sangre más altas que los varones debido al menor porcentaje de agua en su organismo, al mayor porcentaje de ácidos grasos y al hecho de que tienden a metabolizar el alcohol más lentamente (debido, en parte, a los menores niveles de alcoholdehidrogenasa en la mucosa del estómago). A causa de estos niveles más altos de alcohol su salud corre un mayor riesgo que la de los varones (sobre todo en lo que concierne a problemas hepáticos) cuando el consumo de alcohol es abundante.

Prevalencia

La dependencia y el abuso de alcohol forman parte de los trastornos mentales de mayor prevalencia en la población general. Un estudio comunitario llevado a cabo en Estados Unidos entre 1980 y 1985, en el que se usaron los criterios diagnósticos del DSM-III, encontró que cerca del 8 % de la población adulta presentaba dependencia alcohólica y cerca del 5 % abusaba del alcohol en algún momento de su vida. Aproximadamente el 6 % presentaba dependencia o abuso de alcohol durante el año anterior. A partir de datos prospectivos, pudo estimarse que durante el pe-

rdo de 1 año cerca del 7,5 % de la población tenía síntomas que cumplían los criterios diagnósticos para los trastornos relacionados con el alcohol. Un estudio sobre población adulta no institucionalizada (entre 15 y 54 años) realizado entre 1990-1991, en el que se usaron los criterios diagnósticos del DSM-III-R, reveló que alrededor del 14 % de la muestra presentaba dependencia alcohólica en algún momento de la vida, y que en el 7 % aproximadamente esta dependencia estaba presente en el último año.

Curso

Es probable que el primer episodio de intoxicación alcohólica aparezca en la juventud, con una edad de inicio de la dependencia alcohólica entre los 20 y los 30 años. La gran mayoría de quienes desarrollan trastornos relacionados con el alcohol lo hacen a partir de los 30 años. La primera demostración de abstinencia no aparece probablemente hasta que se han desarrollado muchos otros aspectos de la dependencia alcohólica. El abuso y la dependencia del alcohol presentan un curso variable que se caracteriza frecuentemente por períodos de remisión y de recaídas. La decisión de interrumpir la bebida, a menudo como respuesta a una situación de crisis, es seguida con toda probabilidad por semanas o meses de abstinencia. Sin embargo, una vez reanudado el consumo de alcohol reaparecen de nuevo rápidamente los problemas graves. El clínico tiene a menudo la impresión errónea de que la dependencia y el abuso de alcohol son trastornos no tratables, basado en el hecho de que quienes se someten a tratamiento tienen historias típicas de problemas relacionados con el alcohol de años de duración. Sin embargo, los casos más graves son sólo una pequeña proporción de los sujetos con dependencia o abuso de alcohol, y el sujeto típico con un trastorno relacionado con el alcohol tiene un pronóstico mucho más prometedor. Los estudios de seguimiento de los sujetos con una actividad más normalizada muestran una proporción de 1 año de abstinencia en más del 65 % de los casos sometidos a tratamiento. Algunos sujetos (quizá el 20 % o más) con dependencia del alcohol consiguen un tiempo prolongado de sobriedad incluso sin tratamiento. Durante las intoxicaciones alcohólicas moderadas se observan diferentes síntomas en los distintos episodios de intoxicación. Durante el período precoz, cuando los niveles de alcoholemia van subiendo, los síntomas suelen consistir en charlatanería, sensación de bienestar, alegría, brillantez y un estado de ánimo expansivo. Más tarde, cuando disminuyen los niveles de alcoholemia, el sujeto se deprime progresivamente, se retrae y presenta deterioro cognoscitivo. A niveles muy altos de alcoholemia (p. ej., 200-300 mg/dl) un sujeto sin tolerancia es probable que se duerma y entre en un primer estado de anestesia. Niveles todavía mayores (p. ej., 300-400 mg/dl) pueden provocar inhibición de la respiración, bradicardia e incluso muerte en sujetos sin tolerancia. La duración de la intoxicación depende de la cantidad de alcohol consumida en un período de tiempo determinado. En general, el organismo es capaz de metabolizar aproximadamente una bebida por hora, puesto que el nivel de alcoholemia suele disminuir en una proporción de 15-20 mg/dl/hora. Los signos y síntomas de la intoxicación probablemente son más intensos cuando los niveles de alcoholemia van aumentando que cuando van disminuyendo.

Patrón familiar

Con frecuencia, la dependencia alcohólica presenta un patrón familiar y por lo menos se han detectado indicios de algunos factores genéticos. El riesgo para la dependencia alcohólica es tres a cuatro veces mayor en los familiares de primer grado de los sujetos con dependencia alcohólica. El riesgo es más alto si hay un mayor número de familiares afectados, si las relaciones genéticas con el paciente bebedor son muy próximas y si sus problemas relacionados con el alcohol son muy graves. Muchos estudios han encontrado un riesgo significativamente mayor para la de-

pendencia alcohólica en gemelos monocigotos que en gemelos dicigotos. Los estudios sobre adopción han revelado un riesgo tres a cuatro veces superior para la dependencia alcohólica en los hijos de sujetos con dependencia del alcohol cuando estos niños eran adoptados al nacer y educados por padres sin este trastorno. Sin embargo, los factores genéticos sólo explican una parte del riesgo para la dependencia alcohólica, ya que una parte significativa depende de factores ambientales e interpersonales que incluyen las actitudes culturales acerca de la bebida y los bebedores, la disponibilidad de acceso al alcohol (incluyendo su precio), las expectativas de los efectos del alcohol sobre el estado de ánimo y el comportamiento, las experiencias personales adquiridas por el alcohol y el estrés.

Diagnóstico diferencial

Para una exposición general del diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias véase la página 196. Los trastornos inducidos por alcohol se caracterizan por síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) que se parecen a los de los **trastornos mentales primarios** (p. ej., trastorno depresivo mayor *versus* trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol, con síntomas depresivos, de inicio durante la intoxicación). Véase la página 199 para una exposición de este diagnóstico diferencial.

La incoordinación y el deterioro de la capacidad de juicio que se asocian a la intoxicación alcohólica pueden parecerse a los síntomas de **algunas enfermedades médicas** (p. ej., acidosis diabética, ataxia cerebelosa y otras enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple). De forma parecida, los síntomas de la abstinencia de alcohol recuerdan también los de **algunas enfermedades médicas** (p. ej., hipoglucemia y diabetes cetoacidótica). El **temblor esencial**, un trastorno frecuentemente familiar, puede sugerir el temblor asociado a la abstinencia alcohólica.

La intoxicación alcohólica (excepto por el aliento) se parece a la **intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**. La presencia de alcohol en la respiración no excluye por sí misma las intoxicaciones por otras sustancias, ya que no es raro el consumo de múltiples sustancias de forma concurrente. Aunque en algún momento de la vida es probable que la intoxicación forme parte de la historia de muchos sujetos que beben alcohol, cuando este fenómeno aparece con regularidad o causa deterioro, es importante considerar la posibilidad de un diagnóstico de dependencia o abuso de alcohol. La **abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** produce un síndrome muy parecido al de la abstinencia alcohólica.

La intoxicación por alcohol y la dependencia del alcohol se distinguen de **otros trastornos inducidos por el alcohol** (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por el alcohol, de inicio durante la abstinencia), porque los síntomas de estos últimos trastornos exceden de los que se asocian habitualmente a la intoxicación por alcohol o a la abstinencia de alcohol y, además, son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente. En el DSM-III-R fue incluida la **intoxicación idiosincrásica por alcohol**, definida como un cambio de comportamiento acusado, habitualmente con agresividad, que sigue a la ingesta de cantidades relativamente pequeñas de alcohol, pero, debido a las escasas referencias bibliográficas para validar esta alteración, no se ha incluido como diagnóstico separado en el DSM-IV. Este cuadro clínico debe diagnosticarse como intoxicación por alcohol o trastorno relacionado con el alcohol no especificado.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV son prácticamente iguales, excepto por el siguiente hecho: los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 utilizados para la intoxicación por consumo de alcohol también incluyen síntomas como enrojecimiento facial e in-

yección conjuntival, y los empleados para el síndrome de abstinencia al alcohol requieren la presencia de 3 síntomas de una lista de 10, que incluye dolores de cabeza y refiere taquicardia y sudoración como dos síntomas separados.

F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado [291.9]

Los trastornos relacionados con el alcohol no especificados constituyen una categoría de trastornos asociados al consumo del alcohol que no pueden clasificarse como dependencia del alcohol, abuso de alcohol, intoxicación por alcohol, abstinencia de alcohol, delirium por intoxicación por alcohol, demencia persistente inducida por alcohol, trastorno amnésico persistente inducido por alcohol, trastorno psicótico inducido por alcohol, trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol, trastorno de ansiedad inducido por alcohol, disfunción sexual inducida por alcohol o trastorno del sueño inducido por alcohol.

Trastornos relacionados con alucinógenos

Este grupo de sustancias diversas incluye los ergóticos y compuestos afines (dietilamida del ácido lisérgico [LSD], semillas de gloria matinal), fenilalquilaminas (mescalina, «STP» [2,5 dimetoxi-4-metilanfetamina] y MDMA [3,4-metilenodioximetanfetamina, también llamada «éxtasis»]), alcaloides del indol (psilocibina, DMT [dimetiltryptamina] y otros compuestos varios). Se excluyen de este grupo la fenciclidina (PCP) (pág. 242) y la *Cannabis* con su compuesto activo, el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) (pág. 227). Aunque estas sustancias pueden tener efectos alucinógenos, se exponen aparte, ya que existen diferencias significativas en sus efectos psicológicos y sobre el comportamiento. Los alucinógenos se toman habitualmente por vía oral, aunque la DMT se fuma y también se consume por vía intravenosa.

Esta sección se ocupa de manera específica de los trastornos relacionados con alucinógenos. La descripción y los criterios diagnósticos ya han sido tratados en el apartado sobre aspectos genéricos de la dependencia de sustancias (pág. 182) y el abuso de sustancias (pág. 188). La descripción específica de la dependencia de alucinógenos se hace a continuación, aunque no hay criterios diagnósticos adicionales para la dependencia y el abuso de alucinógenos. También se incluyen la descripción y el conjunto de criterios para la intoxicación por alucinógenos. Con el consumo repetido de alucinógenos se produce tolerancia, pero la abstinencia no ha sido bien documentada. Por esta razón, el diagnóstico de abstinencia de alucinógenos no se incluye en este manual. Los trastornos inducidos por alucinógenos (diferentes de la intoxicación por alucinógenos) se describen en las secciones donde aparecen trastornos con los que comparten características fenomenológicas (p. ej., el trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos se incluye en la sección «Trastornos del estado de ánimo»). A continuación se enumeran los trastornos por consumo de alucinógenos y los trastornos inducidos por alucinógenos.

Trastornos por consumo de alucinógenos

F16.2x Dependencia de alucinógenos [304.50] (v. pág. 211)

F16.1 Abuso de alucinógenos [305.30] (v. pág. 212)

Trastornos inducidos por alucinógenos

F16.00 Intoxicación por alucinógenos [292.89] (v. pág. 212)

F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*) [292.89] (v. pág. 213)

- F16.03 Delirium por intoxicación por alucinógenos [292.81]** (v. pág. 135)
- F16.51 Trastorno psicótico inducido por alucinógenos, con ideas delirantes [292.11]**
(v. pág. 317)
Especificar si: de inicio durante durante la intoxicación
- F16.52 Trastorno psicótico inducido por alucinógenos, con alucinaciones [292.12]**
(v. pág. 317)
Especificar si: de inicio durante la intoxicación
- F16.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos [292.84]** (v. pág. 379)
Especificar si: de inicio durante la intoxicación
- F16.8 Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos [292.89]** (v. pág. 451)
Especificar si: de inicio durante la intoxicación
- F16.9 Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado [292.9]** (v. pág. 216)

Trastornos por consumo de alucinógenos

F16.2x Dependencia de alucinógenos [304.50]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias (v. pág. 182). Algunos de los criterios genéricos para la dependencia no son aplicables a los alucinógenos y otros requieren una mayor explicación. La tolerancia aparece rápidamente para los efectos euforizantes y psicodélicos de los alucinógenos, pero no para los efectos autonómicos como dilatación pupilar, hiperreflexia, aumento de la tensión arterial, aumento de la temperatura corporal, piloerección y taquicardia. Existe tolerancia cruzada entre el LSD y otros alucinógenos (p. ej., psicibina y mescalina). El consumo de alucinógenos, incluso en los sujetos con un cuadro clínico que cumple todos los criterios diagnósticos para la dependencia, se limita normalmente a unas pocas veces por semana. Esta frecuencia de consumo relativamente baja (en comparación con la de otras sustancias) puede deberse al deseo de evitar la aparición de tolerancia a los efectos psicológicos de los alucinógenos. No se ha demostrado la abstinencia, pero se conocen claros informes de «necesidad irresistible» después de haber interrumpido el consumo de alucinógenos. Debido a la larga vida media y a la prolongada duración de la acción de la mayoría de los alucinógenos, los sujetos con dependencia de alucinógenos acostumbran a pasar horas utilizándolos y recuperándose de sus efectos. En cambio algunas drogas de diseño alucinógenas (p. ej., la DMT) actúan de manera bastante breve. Puede continuarse el consumo de alucinógenos a pesar de tener conciencia de sus efectos adversos (p. ej., deterioro de la memoria durante la intoxicación; «malos viajes» (*bad trips*), que normalmente son reacciones de pánico o *flashbacks*). Algunos sujetos que consumen MDMA (una droga de diseño con efectos alucinógenos) describen una «resaca» al día siguiente de su consumo que se caracteriza por insomnio, fatiga, somnolencia, dolor en los músculos de la mandíbula por apretar los dientes, pérdida de peso y dolores de cabeza. Como los adulterantes o sustitutos son en ocasiones vendidos como «ácido» u otros alucinógenos, algunos de los efectos adversos pueden deberse a sustancias como la estricnina, la fenciclidina o las anfetaminas. Algunos sujetos manifiestan reacciones comportamentales peligrosas (p. ej., saltar desde una ventana con el convencimiento de ser capaz de «volar») debidas a la falta de conciencia y de juicio crítico durante la intoxicación. Estos efectos adversos parecen ser más frecuentes en los sujetos con trastornos mentales preexistentes.

Especificaciones

Se aplicarán al diagnóstico de dependencia de alucinógenos las siguientes especificaciones de curso (v. pág. 185 para más detalles) y se codificarán en el carácter quinto:

- 0 Remisión total temprana/remisión parcial temprana
- 0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- 1 En un entorno controlado
- 4 Leve/moderado/grave

F16.1 Abuso de alucinógenos [305.30]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias (v. pág. 188). Las personas que abusan de alucinógenos los consumen mucho menos frecuentemente que las que tienen dependencia. Aun así, pueden incumplir repetidamente obligaciones importantes en la escuela, el trabajo o la casa debido al deterioro del comportamiento causado por la intoxicación por alucinógenos. El sujeto puede consumir alucinógenos en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., durante la conducción de una motocicleta o un coche) y tener problemas legales debido al comportamiento que deriva de la intoxicación o de la posesión de alucinógenos. Puede haber problemas sociales o interpersonales recurrentes debido al comportamiento del sujeto durante la intoxicación, estilo de vida aislado o discusiones.

Trastornos inducidos por alucinógenos

F16.00 Intoxicación por alucinógenos [292.89]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación por sustancias (v. pág. 189). La característica esencial de la intoxicación por alucinógenos es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., ansiedad o depresión acusadas, ideas de referencia, miedo a perder el control, ideas paranoides, deterioro del juicio o deterioro de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después (entre minutos y pocas horas) del consumo de alucinógenos (Criterios A y B). Se presentan cambios perceptivos durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos y tienen lugar en un estado de vigilia y alerta totales (Criterio C). Estos cambios incluyen intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones y sinestesias. Además, el diagnóstico requiere que haya dos o más de los siguientes signos fisiológicos: dilatación pupilar, taquicardia, sudoración, palpitaciones, visión borrosa, temblores e incoordinación (Criterio D). Los síntomas no han de deberse a enfermedad médica ni explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio E).

La intoxicación por alucinógenos empieza habitualmente con algunos efectos estimulantes como inquietud y activación autonómica. Pueden aparecer náuseas. Sigue entonces una secuencia de experiencias, con síntomas más o menos intensos según la dosis. El sentimiento de euforia puede alternar rápidamente con depresión o ansiedad. Las ilusiones visuales iniciales o el aumento de experiencias sensoriales pueden provocar alucinaciones. Las sinestesias (mezcla de estímulos sensoriales) pueden dar lugar, por ejemplo, a sonidos «vistos». Las alucinaciones son habitualmente visuales, con frecuencia toman formas o figuras geométricas, en ocasiones personas y objetos. Más rara vez se experimentan alucinaciones auditivas o táctiles. En la mayoría de los casos se conserva el sentido de la realidad (el sujeto sabe que los efectos son inducidos por la sustancia).

■ Criterios para el diagnóstico de F16.00 Intoxicación por alucinógenos [292.89]

- A. Consumo reciente de un alucinógeno.
- B. Cambios psicológicos y comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., ansiedad o depresión marcadas, ideas de referencia, miedo a perder el control, ideaciones paranoides, deterioro del juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo del alucinógeno.
- C. Cambios perceptivos que tienen lugar en un estado de alerta y vigilia totales (p. ej., intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones, sinestesias) que se aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos.
- D. Dos (o más) de los siguientes signos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos:
 - (1) dilatación pupilar
 - (2) taquicardia
 - (3) sudoración
 - (4) palpitaciones
 - (5) visión borrosa
 - (6) temblores
 - (7) incoordinación
- E. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos [292.89] (*flashbacks*)

La característica esencial del trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*) es la recurrencia transitoria de alteraciones de la percepción que son reminiscencias de intoxicaciones por alucinógenos experimentadas previamente. El sujeto no debe haber estado sometido a una intoxicación por alucinógenos recientemente y no debe estar intoxicado por la droga (Criterio A). Esta reexperimentación de síntomas perceptivos causa malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras importantes áreas de la actividad del sujeto (Criterio B). Los síntomas no se deben a enfermedad médica (p. ej., lesiones anatómicas e infecciones de cerebro o epilepsias visuales) ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., delirium, demencia o esquizofrenia) o por alucinaciones hipnopómpicas (Criterio C). Las alteraciones perceptivas incluyen formas geométricas, imágenes de campo periférico, *flashes* de color, colores intensificados, imágenes que dejan estela (las imágenes quedan suspendidas en el recorrido de un objeto móvil tal y como ocurre en la fotografía estroboscópica), percepciones de objetos enteros, postimágenes (aparece una «sombra» del mismo color o de color complementario al de un objeto después de desaparecer éste), halos alrededor de los objetos, macropsia y micropsia. Las percep-

ciones anormales asociadas al trastorno perceptivo persistente por alucinógenos se suceden por episodios y pueden ser autoinducidas (p. ej., pensando en ellas) o desencadenadas por la entrada en un entorno oscuro, drogas varias, ansiedad, fatiga y otros estresantes. Los episodios pueden disminuir después de bastantes meses, pero algunas personas experimentan episodios persistentes durante 5 años o más. El juicio de realidad se mantiene intacto (p. ej., el individuo reconoce que la percepción es un efecto de la droga y que no representa una realidad externa). En cambio, si la persona realiza una interpretación delirante en lo que se refiere a la etiología de la alteración perceptiva, el diagnóstico apropiado sería trastorno psicótico no especificado.

■ Criterios para el diagnóstico de F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos [292.89] (*flashbacks*)

- A. Reexperimentación, después del cese del consumo de alucinógenos, de uno o más síntomas perceptivos que ya se experimentaron en la intoxicación por el alucinógeno (p. ej., alucinaciones geométricas, percepciones falsas de movimiento en los campos visuales periféricos, *flashes* de color, intensificación de los colores, estas en las imágenes de objetos en movimiento, postimágenes positivas, halos alrededor de los objetos, macropsia y micropsia).
- B. Los síntomas del Criterio A provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- C. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica (p. ej., lesiones anatómicas e infecciones del cerebro, epilepsias visuales) ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., delirium, demencia, esquizofrenia) o por alucinaciones hipnopómpicas.

Otros trastornos inducidos por alucinógenos

Los siguientes trastornos inducidos por alucinógenos se describen en las secciones del manual que tratan sobre trastornos con los que comparten características fenomenológicas: **delirium por intoxicación por alucinógenos** (pág. 135), **trastorno psicótico inducido por alucinógenos** (página 317), **trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos** (pág. 379) y **trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos** (pág. 451). Estos trastornos se diagnostican en lugar de intoxicación por alucinógenos sólo cuando los síntomas exceden de los habitualmente asociados a la intoxicación y cuando son de la suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Información adicional sobre los trastornos relacionados con alucinógenos

Características y trastornos asociados

Durante la intoxicación por un alucinógeno los sujetos pueden mostrarse volubles y divagadores y sufrir una rápida alternancia del estado de ánimo. El miedo y la ansiedad pueden trans-

formarse en intensos, con pánico ante la locura o la muerte. Muchas de las sustancias alucinógenas tienen efectos estimulantes (p. ej., taquicardia, ligera hipertensión, hipertermia y dilatación pupilar) y causan algunos de los síntomas de la intoxicación por anfetaminas. Las alteraciones perceptivas y el deterioro del juicio asociados a la intoxicación por alucinógenos pueden producir lesiones o la muerte por accidentes de coche, violencia física o intentos de «volar» desde lugares altos. Los factores ambientales, así como la personalidad y las aspiraciones del sujeto que consume los alucinógenos, contribuyen a la naturaleza y la gravedad de la intoxicación por alucinógenos. El trastorno perceptivo persistente por alucinógenos puede producir una considerable ansiedad y preocupación, y ser más frecuente en personas fácilmente sugestionables. La dependencia y el abuso de alucinógenos puede tener lugar junto con enfermedades psicóticas crónicas. Continúa la controversia sobre si el consumo crónico de alucinógenos es capaz de reproducir un trastorno psicótico *de novo*, si desencadena los síntomas psicóticos sólo en personas vulnerables o si es simplemente un signo precoz y continuo de un proceso psicótico en evolución. El abuso y la dependencia de alucinógenos también aparecen en personas con trastornos preexistentes de comportamiento durante la adolescencia o con un trastorno antisocial de la personalidad durante la edad adulta. La intoxicación por LSD se confirma por determinaciones toxicológicas en la orina.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Los alucinógenos pueden ser consumidos como parte de prácticas religiosas establecidas. En Estados Unidos existen diferencias regionales en su uso. La primera intoxicación por alucinógenos tiene lugar habitualmente durante la adolescencia, y los más jóvenes tienden a experimentar emociones más perturbadoras. El consumo y la intoxicación por alucinógenos son tres veces más frecuentes en varones que en mujeres.

Prevalencia

Una encuesta comunitaria llevada a cabo en Estados Unidos en 1991 dio como resultado que un 8 % de la población había consumido alucinógenos o fenciclidina (PCP) al menos una vez en su vida. El consumo más alto se observa entre los 26 y los 34 años, período en el que un 26 % había probado alguna vez alucinógenos. Sin embargo, el consumo reciente era más frecuente entre los 18 y los 25 años, y un 2 % de este grupo había consumido alucinógenos durante el mes anterior. Un estudio comunitario realizado en Estados Unidos entre 1980 y 1985, en el que se usaron los criterios del DSM-III, dio como resultado que un 0,3 % de la población adulta había abusado de alucinógenos alguna vez en su vida.

Curso

La intoxicación por alucinógenos puede ser un hecho breve y aislado o tener lugar repetidamente. La intoxicación puede ser prolongada si las dosis se repiten con frecuencia durante un episodio. Sin embargo, las dosis frecuentes tienden a disminuir los efectos intoxicantes debido al desarrollo de tolerancia. Dependiendo de la droga y su forma de administración, los mayores efectos tienen lugar entre pocos minutos y pocas horas, y la intoxicación termina entre pocas horas y pocos días después de la administración de la dosis. La alta prevalencia de «haber consumido alucinógenos» entre las edades de 26 a 34 años y la baja prevalencia de consumo reciente en este grupo sugieren que muchos sujetos dejan de tomar alucinógenos a medida que se hacen mayores. Algunos individuos que consumen alucinógenos describen *flashbacks* que no están asociados con

problema o deterioro algunos. En cambio, los *flashbacks* causan problemas o deterioro en algunos individuos (v. trastorno perceptivo persistente por alucinógenos, ya descrito en esta sección).

Diagnóstico diferencial

Véase la página 196 para la exposición general del diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias. Los trastornos inducidos por alucinógenos se caracterizan por síntomas (p. ej., ideas delirantes) parecidos a los de los **trastornos mentales primarios** (p. ej., trastorno esquizofreniforme *versus* trastorno psicótico inducido por alucinógenos, con ideas delirantes, de inicio durante la intoxicación). Véase la página 199 para la exposición de este diagnóstico diferencial.

La intoxicación por alucinógenos debe diferenciarse de las **intoxicaciones por fenciclidina** o **por anfetaminas**. Para hacer esta distinción son útiles las pruebas toxicológicas. La **intoxicación por anticolinérgicos** también produce alucinaciones, pero éstas habitualmente van asociadas a signos físicos como fiebre, boca y piel secas, enrojecimiento facial y alteraciones visuales. La intoxicación por alucinógenos se distingue de **otros trastornos inducidos por alucinógenos** (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos, de inicio durante la intoxicación) por el hecho de que los síntomas de estos últimos exceden de los habitualmente asociados a la intoxicación por alucinógenos y son de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

La intoxicación por alucinógenos se distingue del **trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*)** por el hecho de que este último continúa episódicamente durante semanas (o más) después de la última intoxicación. En el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos el individuo no cree que la percepción represente una realidad externa, mientras que una persona con un **trastorno psicótico** cree en muchas ocasiones que la percepción es real. El trastorno perceptivo persistente por alucinógenos debe distinguirse de la **migraña**, de la **epilepsia** o de una **enfermedad neuronal** por la historia neurooftalmológica, la exploración física y una evaluación de laboratorio adecuada.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV para la intoxicación por alucinógenos son prácticamente iguales.

F16.9 Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado [292.9]

La categoría de trastorno relacionado con alucinógenos no especificado se reserva para los trastornos asociados con el consumo de alucinógenos que no son clasificables, como son dependencia de alucinógenos, abuso de alucinógenos, intoxicación por alucinógenos, trastorno perceptivo persistente por alucinógenos, delirium por intoxicación por alucinógenos, trastorno psicótico inducido por alucinógenos, trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos o trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos.

Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar)

La clase de la anfetamina y las sustancias de acción similar incluye todas las sustancias con una estructura feniletilamina sustituida, como la anfetamina, la dextroanfetamina y la metanfetamina («*speed*»). También están incluidas en esta clase de sustancias aquellas que, siendo estruc-

turalmente diferentes, poseen una acción similar a la de la anfetamina, como son el metilfenidato y otros agentes consumidos como anorexígenos («pastillas para adelgazar» = «*diet pills*»). Estas sustancias se toman habitualmente por vía oral o intravenosa, aunque la metanfetamina se toma también por vía nasal («esnifándose»). Una forma pura de metanfetamina es la llamada «hielo» («*ice*») debido a la apariencia de sus cristales cuando se observa con una lupa. A causa de su alta pureza y su relativamente bajo punto de vaporización, el hielo puede fumarse y produce un efecto estimulante inmediato e intenso (como se hace con la cocaína «*crack*»). Además de los compuestos afines a la anfetamina, hay estimulantes naturales derivados de plantas como el «*khat*» que pueden producir abuso o dependencia. Al contrario de la cocaína, que casi siempre se adquiere de forma ilegal, las anfetaminas y otros estimulantes pueden obtenerse por prescripción para el tratamiento de la obesidad, del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y para la narcolepsia. Los estimulantes prescritos son introducidos a veces en el mercado ilegal, a menudo en el contexto de programas de control de peso. Muchos de los efectos de las anfetaminas y sustancias similares a la anfetamina son parecidos a los de la cocaína. Sin embargo, al contrario de la cocaína, estas sustancias no tienen actividad anestésica local (p. ej., sobre los iones del canal de membrana), y su potencial para inducir enfermedades médicas (p. ej., arritmias cardíacas y crisis comiciales) suele ser mucho menor. Los efectos psicoactivos de muchas sustancias similares a la anfetamina duran más que los de la cocaína, y los efectos simpaticomiméticos periféricos pueden ser más potentes.

Esta sección contiene exposiciones que son específicas de los trastornos relacionados con la anfetamina. En el texto que se refiere de un modo genérico al consumo de sustancias ya se han descrito y especificado los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias (pág. 182) y el abuso de sustancias (pág. 188); aquí se hará referencia a la dependencia y al abuso de anfetaminas, para los que no hay criterios diagnósticos adicionales. Las descripciones y los criterios diagnósticos específicos para la intoxicación por anfetamina y la abstinencia de anfetamina se expondrán a continuación. Los trastornos inducidos por anfetamina (diferentes de la intoxicación y la abstinencia de anfetamina) se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten la fenomenología (p. ej., el trastorno de comportamiento inducido por anfetamina se incluye en la sección «Trastornos del estado de ánimo»). Se enumeran a continuación los trastornos por consumo de anfetamina y los trastornos inducidos por anfetamina.

Trastornos por consumo de anfetamina

F15.2x Dependencia de anfetamina [304.40] (v. pág. 218)

F15.1 Abuso de anfetamina [305.70] (v. pág. 218)

Trastornos inducidos por anfetamina

F15.00 Intoxicación por anfetamina [292.89] (v. pág. 219)

[Para CIE-9-MC *especificar si*: Con alteraciones perceptivas]

F15.04 Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas

F15.03 Abstinencia de anfetamina [292.0] (v. pág. 220)

F15.03 Delirium por intoxicación por anfetamina [292.81] (v. pág. 135)

F15.51 Trastorno psicótico inducido por anfetamina, con ideas delirantes [292.11] (v. página 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F15.51 Trastorno psicótico inducido por anfetamina, con alucinaciones [292.12] (v. pág. 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F15.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina [292.84] (v. pág. 379)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia

- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina [292.89]** (v. pág. 451)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación
- F15.8 Trastorno sexual inducido por anfetamina [292.89]** (v. pág. 532)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación
- F15.8 Trastorno del sueño inducido por anfetamina [292.89]** (v. pág. 617)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia
- F15.9 Trastorno relacionado con anfetamina no especificado [292.9]** (v. pág. 224)

Trastornos por consumo de anfetamina

F15.2x Dependencia de anfetamina [304.40]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias (v. pág. 182). Los patrones de consumo y curso para la dependencia de anfetamina son similares a los de la dependencia de cocaína debido a que las dos sustancias son potentes estimulantes del sistema nervioso central, con efectos psicoactivos y simpaticomiméticos similares. Sin embargo, las anfetaminas tienen un efecto más duradero que el de la cocaína y, en consecuencia, son autoadministradas con menos frecuencia. Como en la dependencia de cocaína, su consumo puede ser crónico o episódico, a atracones («*speed runs*») salpicados con breves períodos libres de la droga. El comportamiento violento o agresivo se asocia con la dependencia de anfetamina, especialmente cuando se fuma en grandes dosis (p. ej., «hielo») o se administra por vía intravenosa. Como en el caso de la cocaína, son habituales la ansiedad intensa pero temporal, así como la ideación paranoide y los episodios psicóticos parecidos a los de la esquizofrenia de tipo paranoide, sobre todo cuando se consumen dosis altas. Se presenta tolerancia a las anfetaminas, y esto comporta un incremento progresivo y sustancial de las dosis, pero algunos sujetos con dependencia de anfetamina presentan tolerancia inversa (sensibilización). En estos casos pequeñas dosis pueden producir acusados efectos estimulantes y otros efectos mentales y neurológicos adversos.

Especificaciones

Se pueden aplicar las siguientes especificaciones a un diagnóstico de dependencia de anfetamina (v. pág. 185 para más detalles):

- 0 Remisión total temprana/remisión parcial temprana**
- 0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida**
- 1 En entorno controlado**
- 4 Leve/moderado/grave**

Especificar si:

Con dependencia fisiológica

Sin dependencia fisiológica

F15.1 Abuso de anfetamina [305.70]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias (v. página 188). En la mayoría de los casos se presentan problemas legales como resultado del com-

portamiento durante la intoxicación por anfetaminas (especialmente comportamiento agresivo), como consecuencia de la obtención de la droga en el mercado ilegal o debido a la tenencia o consumo de drogas. Ocasionalmente, los individuos con abuso de anfetamina incurrirán en acciones ilegales (p. ej., manufacturación de anfetaminas, robo) para obtener la droga; sin embargo, este comportamiento es más habitual entre los sujetos con dependencia. Puede darse el caso de que los individuos continúen consumiendo la sustancia a pesar de tener el conocimiento de que su uso continuado lleva a discusiones familiares mientras están intoxicados o representa un mal ejemplo para los niños y otros familiares próximos. Cuando estos problemas se acompañan de demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo, se debe considerar preferentemente un diagnóstico de dependencia de anfetamina antes que de abuso de anfetamina.

Trastornos inducidos por anfetamina

F15.00 Intoxicación por anfetamina [292.89]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación por sustancias (v. pág. 189). La característica esencial de la intoxicación por anfetamina es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetamina o sustancias de acción similar (Criterios A y B). La intoxicación por anfetamina empieza generalmente con una sensación de bienestar («*high*»), seguida por la aparición de euforia, sensación de más vigor, tendencia al contacto social, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, locuacidad, ansiedad, tensión, estado de alerta, grandiosidad, comportamiento estereotipado y repetitivo, cólera, rabia, violencia y deterioro del juicio. En el caso de intoxicación crónica, puede haber embotamiento afectivo junto con fatiga o tristeza y retraimiento social. Estos cambios psicológicos y comportamentales se acompañan de dos o más de los siguientes signos y síntomas: taquicardia o bradicardia; dilatación pupilar; elevación o disminución de la tensión arterial; sudoración o escalofríos; náuseas o vómitos; pérdida de peso demostrable; agitación o retraso psicomotores; debilidad muscular, depresión respiratoria, dolores en el pecho o arritmias cardíacas, y confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma (Criterio C). La intoxicación por anfetamina, tanto aguda como crónica, se asocia con frecuencia al deterioro de la actividad laboral o social. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio D). La magnitud y las manifestaciones de los cambios psicológicos y comportamentales dependen de la dosis consumida y de las características individuales de la persona que la utiliza (p. ej., tolerancia, grado de absorción, cronicidad del uso). Los cambios asociados con intoxicación empiezan no más tarde de 1 hora después del consumo de la sustancia y a veces en segundos, dependiendo de la droga específica y el método de administración.

Especificaciones

Puede aplicarse la siguiente especificación a un diagnóstico de intoxicación por anfetamina:

F15.04 Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas. Este diagnóstico se realiza cuando los criterios coinciden con intoxicación por anfetamina y alucinaciones con juicio de realidad intacto o ilusiones auditivas, visuales o táctiles en ausencia de un delirium. *Juicio de realidad intacto* significa que la persona sabe que las alucinaciones están inducidas por la sustancia y no representan la realidad externa. Cuando las alucinaciones tienen lugar sin juicio de

realidad inactivo, se aconseja un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias, con alucinaciones.

■ Criterios para el diagnóstico de F15.00 Intoxicación por anfetamina [292.89]

- A. Consumo reciente de anfetamina o sustancias afines (p. ej., metilfenidato).
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o embotamiento afectivo; cambios de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad, tensión o cólera; comportamiento estereotipado; deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetamina o sustancias afines.
- C. Dos (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetaminas o sustancias afines:
 - (1) taquicardia o bradicardia
 - (2) dilatación pupilar
 - (3) tensión arterial aumentada o disminuida
 - (4) sudoración o escalofríos
 - (5) náuseas o vómitos
 - (6) pérdida de peso demostrable
 - (7) agitación o retraso psicomotores
 - (8) debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas
 - (9) confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota de codificación: Codificar F15.04 si **Con alteraciones perceptivas**.

F15.3 Abstinencia de anfetamina [292.0]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias (v. pág. 190). La característica esencial de la abstinencia de anfetamina es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se presenta entre pocas horas y varios días después de la interrupción o reducción del consumo prolongado de dosis altas de anfetaminas (Criterios A y B). El síndrome de abstinencia se caracteriza por la aparición de humor disfórico y dos o más de los siguientes cambios fisiológicos: fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, apetito incrementado y retraso o agitación psicomotores. También puede haber anhedonia y necesidad irresistible de tomar la droga (*craving*), pero no forman parte de los criterios diagnósticos. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Estos síntomas no tienen que deberse a enfermedad médica ni explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Los síntomas de abstinencia acusados («mono») aparecen habitualmente tras un episodio de consumo intenso a dosis altas («atracción»). Estos períodos se caracterizan por la presencia de sentimientos displacenteros intensos de lasitud y depresión, que generalmente requieren varios días de descanso y recuperación. Durante el consumo abundante de estimulantes se presenta pérdida de peso mientras que en la abstinencia se observa un incremento del apetito con una rápida ganancia de peso. Los síntomas depresivos pueden durar varios días y acompañarse de ideas suicidas.

■ Criterios para el diagnóstico de F15.3 Abstinencia de anfetamina [292.0]

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de anfetamina (o sustancias afines) después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen horas o días después del Criterio A:
 - (1) fatiga
 - (2) sueños vívidos, desagradables
 - (3) insomnio o hipersomnia
 - (4) aumento del apetito
 - (5) retraso o agitación psicomotora
- C. Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Otros trastornos inducidos por anfetamina

Los siguientes trastornos inducidos por anfetamina se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten características fenomenológicas: **delirium por intoxicación por anfetamina** (pág. 135), **trastorno psicótico inducido por anfetamina** (pág. 317), **trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina** (pág. 379), **trastorno de ansiedad inducido por anfetamina** (v. pág. 451), **trastorno sexual inducido por anfetamina** (pág. 532) y **trastorno del sueño inducido por anfetamina** (pág. 617). Estos trastornos se diagnostican en lugar del diagnóstico intoxicación por anfetamina o abstinencia de anfetaminas sólo cuando los síntomas exceden de los habitualmente asociados a la intoxicación o abstinencia de anfetamina y son de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Información adicional sobre los trastornos relacionados con la anfetamina

Síntomas y trastornos asociados

La intoxicación aguda por anfetamina se asocia a veces a confusión, divagación, dolores de cabeza, ideas de referencia transitorias y *tinnitus*. Durante la intoxicación por anfetamina a dosis

altas se puede experimentar ideación paranoide, alucinaciones auditivas con nivel de conciencia normal y alucinaciones táctiles. En la mayoría de los casos la persona que consume la sustancia reconoce que los síntomas son debidos a los estimulantes. Puede aparecer ira intensa, con amenazas y accesos de comportamiento agresivo. Son habituales, especialmente durante la abstinencia, los cambios del estado de ánimo, como depresión con ideación suicida, irritabilidad, anhedonia, labilidad emocional y alteraciones de la atención y la concentración. En los sujetos con larga historia de dependencia de anfetamina se observan habitualmente pérdida de peso, anemia y otros signos de desnutrición y deterioro de la higiene personal.

Los trastornos relacionados con la anfetamina, así como otros trastornos relacionados con estimulantes, en ocasiones van asociados a la dependencia o el abuso de otras sustancias, especialmente las que tienen propiedades sedantes (como el alcohol o las benzodiazepinas), que son normalmente tomadas para mitigar los efectos displacenteros («tembleque») de las drogas estimulantes. El consumo intravenoso de anfetamina se asocia en ocasiones a dependencia de opiáceos.

Las pruebas de laboratorio y la exploración física, así como los trastornos mentales y las enfermedades médicas asociadas a los trastornos relacionados con las anfetaminas, en general son similares a los que aparecen en los trastornos relacionados con la cocaína (v. pág. 238). Las pruebas de orina para las sustancias de esta clase suelen ser positivas únicamente 1-3 días, incluso después de un atracón («binge»). Los efectos pulmonares adversos son observados menos frecuentemente que con la cocaína, ya que las sustancias de esta clase rara vez se inhalan. Han sido atribuidas menos complicaciones maternas o neonatales a esta clase de sustancias que a la cocaína. Esta diferencia puede reflejar la mayor prevalencia del consumo de cocaína más que una menor toxicidad de las anfetaminas. Las crisis convulsivas, las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la desnutrición, las heridas de cuchillo o bala, las hemorragias nasales y los problemas cardiovasculares son quejas frecuentes de los sujetos con trastornos relacionados con la anfetamina. Una historia de trastorno disocial durante la infancia, de trastorno antisocial de la personalidad y de trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede ir asociada a la posterior aparición de un trastorno relacionado con la anfetamina.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La dependencia y el abuso de anfetamina se observan en todos los estratos sociales y son más frecuentes en sujetos con edades comprendidas entre los 18 y los 30 años. Su consumo intravenoso es más común entre las personas de grupos socioeconómicos más bajos, presentando una proporción varón a mujer de 3 o 4:1. La proporción varones a mujeres es más desequilibrada en los que no consumen la anfetamina por vía intravenosa.

Prevalencia

Una encuesta comunitaria llevada a cabo en Estados Unidos en 1991 dio a conocer que un 7 % de la población había consumido anfetaminas o sustancias de acción similar sin prescripción médica al menos una vez en su vida; un 1,3 % las había consumido el último año y un 0,3 %, durante el último mes. Puesto que la encuesta analizaba los patrones de consumo más que los diagnósticos, no se sabe cuántos de los encuestados que tomaban anfetaminas tenían síntomas que cumplieran los criterios diagnósticos para la dependencia o el abuso. Un estudio en la comunidad realizado en Estados Unidos entre 1980 y 1985, que usaba los criterios más restrictivos del DSM-III, informó que aproximadamente un 2 % de la población adulta había dependido o abusado de las anfetaminas en algún momento de su vida.

Curso

Algunos sujetos que abusan o se convierten en dependientes de la anfetamina o sustancias de acción similar empiezan su consumo con la intención de controlar su peso. Otros toman contacto con la sustancia a través del mercado ilegal. La dependencia puede aparecer rápidamente cuando la sustancia se utiliza por vía intravenosa o se fuma. La administración oral habitualmente conlleva una transición más lenta del consumo a la dependencia. La dependencia de anfetamina se asocia a dos patrones de administración: consumo episódico o consumo diario (o casi diario). En el patrón de consumo episódico, el consumo de la sustancia está separado por varios días de no utilización (p. ej., consumo intenso durante un fin de semana o en uno o más días de la semana). Estos períodos de consumo intensivo de dosis altas (llamados «*speed runs*» o «*atracones*») se asocian con frecuencia al consumo de la vía intravenosa. Estos «*atracones*» normalmente terminan sólo cuando se agota el suministro de droga. El consumo crónico y diario puede implicar dosis altas o bajas y tener lugar durante todo el día o estar restringido a unas pocas horas. Cuando el consumo es crónico y diario, generalmente no hay amplias fluctuaciones de la dosis de un día para otro, pero sí que puede haber un incremento gradual de la dosis con el transcurso del tiempo. El consumo crónico de dosis altas llega a ser con frecuencia displacentero a causa de la sensibilización y la aparición de disforia y otros efectos negativos de la droga. Los pocos datos disponibles sobre el consumo a largo plazo indican que en los sujetos con dependencia de anfetamina existe una tendencia a disminuir o interrumpir el consumo al cabo de 8-10 años. Esto es consecuencia de la aparición de efectos adversos mentales y físicos, asociados a la dependencia prolongada. Apenas se dispone de información sobre el curso del abuso a largo plazo.

Diagnóstico diferencial

Para una exposición general del diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias véase la página 196. Los trastornos inducidos por anfetamina se caracterizan por síntomas (p. ej., ideas delirantes) similares a los de los **trastornos mentales primarios** (p. ej., trastorno esquizofreniforme *versus* trastorno psicótico inducido por anfetamina, con ideas delirantes, de inicio durante la intoxicación). En la página 199 se expone este diagnóstico diferencial.

La **intoxicación por cocaína**, la **intoxicación por alucinógenos** y la **intoxicación por fenciclidina** pueden dar lugar a un cuadro clínico similar y en ocasiones sólo se distinguen de la intoxicación por anfetamina por la presencia de sus metabolitos en la orina o en el plasma. La dependencia y el abuso de anfetamina deben distinguirse de la **dependencia** y el **abuso de cocaína, fenciclidina y alucinógenos**. La intoxicación por anfetamina y la abstinencia de anfetamina se distinguen de los **otros trastornos inducidos por anfetamina** (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por anfetamina, de inicio durante la intoxicación) en que los síntomas de estos últimos exceden de los habitualmente asociados a la intoxicación o a la abstinencia de anfetamina y son de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 para la intoxicación y abstinencia de otros estimulantes son prácticamente iguales a los que recoge el DSM-IV para la intoxicación y abstinencia de anfetaminas, excepto por el hecho de que los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el síndrome de abstinencia incluye como síntoma adicional el anhelo (*craving*) por la droga. La CIE-10 engloba anfetaminas y cafeína como una única clase de sustancias, y denomina a este grupo otros estimulantes, incluyendo la cafeína.

F15.9 Trastorno relacionado con anfetamina no especificado [292.9]

La categoría de trastorno relacionado con la anfetamina no especificado se reserva para los trastornos asociados al consumo de anfetaminas (o sustancias afines) que no son clasificables como dependencia de anfetamina, abuso de anfetamina, intoxicación por anfetamina, abstinencia de anfetamina, delirium por intoxicación de anfetamina, trastorno psicótico inducido por anfetamina, trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina, trastorno de ansiedad inducido por anfetamina, disfunción sexual inducida por anfetamina o trastorno del sueño inducido por anfetamina.

Trastornos relacionados con cafeína

La cafeína puede consumirse a partir de distintas fuentes, entre las que se incluyen el café (preparado = 100 mg/100 ml, instantáneo = 65 mg/100 ml), té (40 mg/100 ml), soda cafeinada (45 mg/100 ml), analgésicos sin receta médica y remedios para el resfriado (25-50 mg/pastilla), estimulantes (100-200 mg/pastilla) y pastillas para perder peso (75-200 mg/pastilla). El chocolate y el cacao tienen niveles mucho más bajos de cafeína (p. ej., 5 mg/barra de chocolate). La consumición de cafeína es omnipresente en la mayor parte de Estados Unidos, con una ingestión media por persona de aproximadamente 200 mg/día. Algunos sujetos que beben grandes cantidades de café muestran algunos aspectos de la dependencia de cafeína y presentan tolerancia y quizá abstinencia.

De todos modos, por el momento, los datos son insuficientes para determinar si estos síntomas van asociados a un deterioro clínicamente significativo que cumpla los criterios diagnósticos para la dependencia o el abuso de sustancias. Sin embargo, si se ha demostrado que la intoxicación por cafeína puede tener significación clínica, y a continuación se ofrecen la descripción y los criterios diagnósticos. Evidencias recientes sugieren también la posible relevancia clínica de la abstinencia de cafeína, y se incluye un conjunto de criterios de investigación en la página 725. Los trastornos inducidos por cafeína (distintos de la intoxicación por cafeína) se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten fenomenología (p. ej., el trastorno de ansiedad inducido por cafeína se incluye en la sección «Trastornos de ansiedad»). A continuación se enumeran los trastornos inducidos por cafeína.

Trastornos inducidos por cafeína

F15.00 Intoxicación por cafeína [305.90] (v. pág. 224)

F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína [292.89] (v. pág. 451)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F15.8 Trastorno del sueño inducido por cafeína [292.89] (v. pág. 617)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F15.9 Trastorno relacionado con la cafeína no especificado [292.9] (v. pág. 227)

Trastornos inducidos por cafeína

F15.00 Intoxicación por cafeína [305.90]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación por sustancias (v. pág. 189). La característica esencial de la intoxicación por cafeína es el consumo reciente de

cafeína y cinco o más síntomas que aparecen durante o poco tiempo después de su ingesta (Criterios A y B). Los síntomas que pueden aparecer después de la ingesta de tan sólo 100 mg de cafeína/día consisten en inquietud, nerviosismo, excitación, insomnio, rubefacción facial, diuresis y problemas digestivos. Los síntomas que generalmente aparecen con niveles de más de 1 g/día incluyen contracciones musculares, logorrea y pensamiento acelerado, taquicardia o arritmia cardíaca, sensación de infatigabilidad y agitación psicomotora. La intoxicación por cafeína puede no aparecer a pesar de la ingesta de grandes cantidades de cafeína debido al desarrollo de tolerancia. Los síntomas pueden causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno de ansiedad) (Criterio D).

■ Criterios para el diagnóstico de F15.00 Intoxicación por cafeína [305.90]

- A. Consumo reciente de cafeína, normalmente más de 250 mg (p. ej., más de 2-3 tazas de café).
- B. Cinco (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cafeína:
 - (1) inquietud
 - (2) nerviosismo
 - (3) excitación
 - (4) insomnio
 - (5) rubefacción facial
 - (6) diuresis
 - (7) alteraciones digestivas
 - (8) contracciones musculares
 - (9) logorrea y pensamiento acelerado
 - (10) taquicardia o arritmia cardíaca
 - (11) sensación de infatigabilidad
 - (12) agitación psicomotora
- C. Los síntomas de criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno de ansiedad).

Otros trastornos inducidos por cafeína

Los siguientes trastornos inducidos por cafeína se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten fenomenología: **trastorno de ansiedad inducido por cafeína** (pág. 451) y **trastorno del sueño inducido por cafeína** (pág. 617). Estos trastornos se diagnostican en lugar de la intoxicación por cafeína sólo cuando los síntomas exceden de

los habitualmente asociados a intoxicación por cafeína y son de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Información adicional sobre trastornos relacionados con cafeína

Síntomas y trastornos asociados

Se han observado moderadas alteraciones sensoriales (p. ej., sonido de timbres y *flashes* de luz) a dosis muy altas. Aunque las dosis altas de cafeína pueden incrementar la frecuencia cardíaca, las dosis menores pueden enlentecer el pulso. No está claro que la ingestión de cafeína produzca dolor de cabeza. En la exploración física se puede observar agitación, inquietud, sudoración, taquicardia, rubefacción facial e incremento de la motilidad intestinal. Los patrones típicos de la ingestión de cafeína no se han asociado consistentemente con otros problemas médicos. Sin embargo, su consumo en grandes cantidades se asocia a la agudización de la ansiedad y a síntomas somáticos como arritmias cardíacas y dolor gastrointestinal o diarrea. Con dosis agudas que excedan los 10 g de cafeína pueden aparecer crisis comiciales de gran mal e insuficiencia respiratoria, que pueden conducir a la muerte. El consumo excesivo de cafeína se asocia con trastornos del estado de ánimo, de la alimentación, psicóticos, del sueño y trastornos relacionados con sustancias, de modo que los sujetos con trastornos de ansiedad deben evitar tomar la sustancia.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El consumo de cafeína y de los preparados que la contienen varía ampliamente en cada cultura. La ingestión media de cafeína en la mayor parte del mundo en desarrollo es de menos de 50 mg/día, en comparación con nada menos que 400 mg/día en Suecia, el Reino Unido y otras naciones europeas. El consumo de cafeína se incrementa durante los 20-30 años y habitualmente desciende después de los 65 años. La ingestión es mayor en varones que en mujeres.

Curso

La vida media de la cafeína es de 2-6 horas, de manera que la mayoría de los síntomas de intoxicación acostumbran durar entre 6-16 horas después de su ingesta. Puesto que aparece tolerancia a los efectos de la cafeína sobre el comportamiento, la intoxicación por cafeína se observa normalmente en sujetos que no ingieren cafeína con frecuencia, o en sujetos que han incrementado recientemente la ingestión de cafeína en una cantidad sustancial.

Diagnóstico diferencial

Para un comentario más general sobre el diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias, véase la página 196. Los trastornos inducidos por cafeína pueden caracterizarse por síntomas (p. ej., crisis de angustia) parecidos a trastornos mentales primarios (p. ej., trastorno de angustia *versus* trastorno de ansiedad inducido por cafeína, con crisis de angustia, de inicio durante la intoxicación). Véase la página 199 para la exposición de este diagnóstico diferencial.

Para cumplir los criterios de intoxicación por cafeína, los síntomas no pueden ser debidos a **enfermedad médica** o a **otro trastorno mental**, como un **trastorno de ansiedad**, que podría ex-

plicarlos mejor. Los **episodios maníacos, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, intoxicación por amfetamina, abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o abstinencia de nicotina, trastornos del sueño y efectos secundarios inducidos por medicamentos** (p. ej., acatisia) pueden ocasionar un cuadro clínico similar al de la intoxicación por cafeína. La relación temporal de los síntomas con el incremento del consumo o la abstinencia de cafeína ayuda a establecer el diagnóstico. La intoxicación por cafeína se distingue del **trastorno de ansiedad inducido por cafeína, de inicio durante la intoxicación** (pág. 451) y del **trastorno del sueño inducido por cafeína, de inicio durante la intoxicación** (pág. 617) por el hecho de que de estos últimos trastornos los síntomas exceden de los habitualmente asociados a la intoxicación por cafeína y son de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 recoge los trastornos relacionados con la cafeína en el subtipo otros estimulantes (que también incluye las amfetaminas) y, por lo tanto, no propone un conjunto independiente de criterios para la intoxicación por cafeína.

F15.9 Trastorno relacionado con cafeína no especificado [292.9]

La categoría de trastornos relacionados con la cafeína no especificados se reserva para los trastornos por consumo de cafeína que no se pueden clasificar como intoxicación por cafeína, trastorno de ansiedad inducido por cafeína o trastorno del sueño inducido por cafeína. Un ejemplo lo constituye la abstinencia de cafeína (v. pág. 724 para los criterios de investigación que se sugieren).

Trastornos relacionados con *Cannabis*

Este apartado incluye los problemas asociados a *Cannabis* y a los compuestos sintéticos similares. Los cannabinoides son sustancias que derivan de la planta *Cannabis*. El producto resultante del corte de la parte superior de la planta (hojas y tallos), cuando ésta es troceada y enrollada como cigarrillos, recibe el nombre de marihuana. El *hashish* es el exudado de resina seco que se extrae por filtración de la parte superior de la planta y de la cara inferior de las hojas; el aceite de *hashish* es un concentrado destilado de *hashish*. Habitualmente, los cannabinoides se fuman, pero pueden ser consumidos por vía oral y a veces mezclados con té o comida. El delta-9-tetrahydrocannabinol es el cannabinoide que ha sido identificado como principal responsable de los efectos psicoactivos de *Cannabis* (se conoce también como THC o delta-9-THC). Esta sustancia rara vez está disponible para su consumo en forma pura. El contenido de THC de la marihuana varía mucho y ha aumentado significativamente desde los años sesenta, pasando de una proporción del 1-5 % aproximadamente al 10-15 %. El delta-9-THC se ha usado en el tratamiento de algunas enfermedades (p. ej., para las náuseas y vómitos provocados por la quimioterapia, para la anorexia y la pérdida de peso en sujetos con el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida [SIDA]).

Este apartado contiene exposiciones específicas de los trastornos relacionados con *Cannabis*. La descripción y los criterios diagnósticos han sido ya expuestos al tratar los aspectos generales de la dependencia (pág. 182) y el abuso (pág. 188) de sustancias, y son aplicables a cualquiera de ellas. Aunque la descripción y los criterios diagnósticos para la dependencia y abuso de *Cannabis*

se exponen a continuación, no hay criterios específicos adicionales para la dependencia o abuso de *Cannabis*. La descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación por *Cannabis* también se exponen más adelante. Los síntomas del posible síndrome de abstinencia de *Cannabis* han sido descritos cuando se consumen dosis muy altas, pero su significación clínica no está clara (p. ej., irritabilidad o estado de ánimo ansioso acompañado de cambios fisiológicos como temblor, sudoración, náuseas y alteraciones del sueño). Por esta razón, el diagnóstico de abstinencia de *Cannabis* no se incluye en este manual. Los trastornos relacionados con *Cannabis* (al margen de la intoxicación) se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten características fenomenológicas (p. ej., el trastorno del estado de ánimo inducido por *Cannabis* se incluye en la sección «trastornos del estado de ánimo»). Se enumeran a continuación los trastornos por consumo de *Cannabis* y los trastornos inducidos por *Cannabis*.

Trastornos por consumo de Cannabis

F12.2x Dependencia de Cannabis [304.30] (v. pág. 228)

F12.1 Abuso de Cannabis [305.20] (v. pág. 229)

Trastornos inducidos por Cannabis

F12.00 Intoxicación por Cannabis [292.89] (v. pág. 229)

[Para CIE-9-MC *especificar si*: Con alteraciones perceptivas]

F12.04 Intoxicación por Cannabis, con alteraciones perceptivas

F12.03 Delirium por intoxicación por Cannabis [292.81] (v. pág. 135)

F12.51 Trastorno psicótico inducido por Cannabis, con ideas delirantes [292.11] (v. pág. 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F12.52 Trastorno psicótico inducido por Cannabis, con alucinaciones [292.12] (v. pág. 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F12.8 Trastorno de ansiedad inducido por Cannabis [292.89] (v. pág. 451)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F12.9 Trastorno relacionado con Cannabis no especificado [292.9] (v. pág. 233)

Trastornos por consumo de Cannabis

F12.2x Dependencia de Cannabis [304.30]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias (v. pág. 182). Los sujetos con dependencia de *Cannabis* presentan un consumo compulsivo y en general no desarrollan dependencia fisiológica, aunque la tolerancia a muchos de los efectos de *Cannabis* ha sido observada en sus consumidores crónicos. También se han observado algunos síntomas de abstinencia, pero sin significación clínica. Los sujetos con dependencia de *Cannabis* consumen abundantes cantidades a lo largo del día durante meses o años e invierten muchas horas para adquirir y consumir la sustancia, lo que interfiere con frecuencia las actividades sociales, laborales o recreativas. Los sujetos con dependencia de *Cannabis* pueden persistir en el consumo a pesar de conocer los problemas físicos (p. ej., tos crónica relacionada con fumar tabaco) o los problemas psicológicos (p. ej., sedación excesiva como resultado del consumo de dosis altas) que ello comporta.

Especificaciones

Las siguientes especificaciones pueden aplicarse al diagnóstico de dependencia de *Cannabis* (v. pág. 185 para más detalles):

- 0 Remisión total temprana/remisión parcial temprana**
- 0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida**
- 1 En entorno controlado**
- 4 Leve/moderado/grave**

Especificar si:

- Con dependencia fisiológica**
- Sin dependencia fisiológica**

F12.1 Abuso de *Cannabis* [305.20]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias (v. página 188). El consumo periódico y la intoxicación por *Cannabis* pueden interferir las actividades laborales o escolares y ser peligrosos en situaciones como la conducción de vehículos. Puede haber problemas legales como consecuencia de detenciones por posesión de *Cannabis*. Hay discusiones con la esposa u otros familiares acerca de la posesión de *Cannabis* en casa o de su consumo en presencia de niños. Cuando hay niveles significativos de tolerancia, o cuando los problemas físicos se asocian con el consumo compulsivo de *Cannabis*, debe considerarse el diagnóstico de dependencia en lugar del de abuso.

Trastornos inducidos por Cannabis

F12.00 Intoxicación por *Cannabis* [292.89]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación por sustancias (v. pág. 189). La característica esencial de la intoxicación por *Cannabis* es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales clínicamente significativos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de *Cannabis* (Criterios A y B). La intoxicación se inicia típicamente con una sensación de bienestar (*high*) seguida de síntomas que incluyen euforia con risas inapropiadas y grandiosidad, sedación, letargia, deterioro de la memoria inmediata, dificultades para llevar a cabo procesos mentales complejos, deterioro de la capacidad de juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro de la actividad motora y sensación de que el tiempo transcurre lentamente. Ocasionalmente, aparece ansiedad (que puede ser grave), disforia o retraimiento social. Estos efectos psicoactivos se acompañan de dos o más de los siguientes signos, que se presentan a las 2 horas del consumo de *Cannabis*: irritación conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia (Criterio C). Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otros trastorno mental (Criterio D).

La intoxicación se presenta en unos minutos si se fuma *Cannabis*, pero puede tardar horas si la droga es ingerida por vía oral. Los efectos duran habitualmente 3-4 horas, siendo mayor la duración cuando la sustancia es administrada por vía oral. La magnitud de los cambios comportamentales o psicológicos depende de la dosis, el método de administración y las características individuales de la persona que consume la sustancia, como son el grado de absorción, la tolerancia

y la sensibilidad a los efectos de la sustancia. Debido a que muchos cannabinoides, incluyendo el delta-9-THC, son solubles en grasas, los efectos del *Cannabis* o *hashish* pueden durar o reaparecer ocasionalmente en 12-24 horas a causa de la lenta liberación de las sustancias psicoactivas de los tejidos grasos o de la circulación enterohepática.

F12.04 Intoxicación por *Cannabis*, con alteraciones perceptivas. Este diagnóstico puede realizarse cuando los criterios coinciden con intoxicación por *Cannabis* y alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, con juicio de realidad intacto, en ausencia de un delirium. *Juicio de realidad intacto* significa que el sujeto sabe que las alucinaciones son inducidas por la sustancia y no representan la realidad externa. Cuando las alucinaciones aparecen en ausencia de juicio de realidad intacto debe considerarse el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias.

■ Criterios para el diagnóstico de F12.00 Intoxicación por *Cannabis* [292.89]

- A. Consumo reciente de *Cannabis*.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de *Cannabis*.
- C. Dos (o más) de los siguientes síntomas que aparecen a las 2 horas del consumo de *Cannabis*:
 - (1) inyección conjuntival
 - (2) aumento de apetito
 - (3) sequedad de boca
 - (4) taquicardia
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota de codificación: Codificar F12.04 si con alteraciones perceptivas

Otros trastornos inducidos por *Cannabis*

Se han descrito los siguientes trastornos inducidos por *Cannabis* en otras secciones del manual que tratan sobre trastornos con los que comparten características fenomenológicas: **delirium por intoxicación por *Cannabis*** (pág. 135), **trastorno psicótico inducido por *Cannabis*** (pág. 317) y **trastorno de ansiedad inducido por *Cannabis*** (pág. 451). Estos trastornos se diagnostican en lugar de la intoxicación por *Cannabis* sólo cuando los síntomas exceden de los que habitualmente se asocian a la intoxicación por *Cannabis* y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Información adicional sobre trastornos relacionados con Cannabis

Características y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. La *Cannabis* habitualmente se consume junto con otras sustancias, especialmente nicotina, alcohol y cocaína. La *Cannabis* (especialmente la marihuana) puede ser mezclada y fumada junto con opiáceos, feniciclidina (PCP) y otras drogas alucinógenas. Los sujetos que consumen regularmente *Cannabis* a menudo informan sobre letargia física y mental y anhedonía. Formas moderadas de depresión, ansiedad o irritabilidad se observan en un tercio de los sujetos que consumen *Cannabis* regularmente (diaria o casi diariamente).

Cuando los cannabinoides se consumen a dosis altas presentan efectos psicoactivos parecidos a los que producen los alucinógenos (p. ej., dietilamina del ácido lisérgico [LSD]). Los sujetos que consumen cannabinoides pueden experimentar efectos mentales adversos que se parecen a los inducidos por los alucinógenos (*bad trips*) y que oscilan entre una moderada ansiedad (con temor a que la policía los detenga con la sustancia) y crisis de angustia parecidas a los ataques de pánico. Puede presentarse ideación paranoide que comprende desde la suspicacia hasta las ideas delirantes francas y alucinaciones. Se han observado episodios de despersonalización y desrealización. Se han producido con más frecuencia accidentes de tráfico con víctimas en relación con individuos con resultados positivos de las pruebas realizadas para cannabinoides que en la población general. Sin embargo, el significado de estos hallazgos no está claro, ya que hay también alcohol y otras sustancias.

Hallazgos de laboratorio. Las pruebas de orina identifican los metabolitos de los cannabinoides. Debido a que estas sustancias son solubles en grasas, persisten durante largos períodos en los líquidos del organismo y se excretan lentamente, las pruebas de rutina para cannabinoides pueden resultar positivas durante 7-10 días en sujetos que consumen *Cannabis* ocasionalmente; la orina de los sujetos que consumen grandes cantidades pueden dar resultados positivos al cabo de 2-4 semanas. El resultado positivo en la orina es consistente con el consumo pasado, pero no es indicativo de intoxicación, dependencia o abuso. Las alteraciones biológicas incluyen temporalmente (y probablemente en relación con la dosis) la supresión de la función inmunológica y la supresión de la secreción de testosterona y de hormona luteinizante (LH), aunque el significado clínico de estas alteraciones no está claro. El consumo agudo de cannabinoides puede causar una difusa y lenta actividad en el EEG y supresión de los movimientos oculares rápidos (REM).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Fumar *Cannabis* es altamente irritante para la nasofaringe y la mucosa bronquial y, por tanto, aumenta el riesgo de tos crónica y otros signos y síntomas de patología nasofaríngea. El consumo crónico de *Cannabis* se asocia a veces al aumento de peso, probablemente como resultado de comer en exceso y de la disminución de la actividad física. El consumo crónico de grandes cantidades puede provocar sinusitis, faringitis, bronquitis con tos persistente, enfisema y displasia pulmonar. La marihuana fumada contiene incluso mayores cantidades de carcinógenos conocidos que el tabaco, y su consumo abundante aumenta el riesgo de padecer enfermedades malignas.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La *Cannabis* es probablemente la sustancia ilegal más consumida en el mundo. Se ha ingerido desde la Antigüedad por sus efectos psicoactivos y como remedio para un amplio abanico de

enfermedades médicas. La *Cannabis* está entre las primeras drogas de experimentación (con frecuencia en la juventud) entre todos los grupos culturales de Estados Unidos. Como muchas otras drogas ilegales, los trastornos por consumo de *Cannabis* se presentan más frecuentemente en varones y la prevalencia es más habitual en personas entre los 18 y 30 años.

Prevalencia

Los cannabinoides, en especial la *Cannabis*, son también las sustancias psicoactivas ilegales más ampliamente consumidas en Estados Unidos, aun cuando la prevalencia ha disminuido según los datos de estudios de 1980. Una encuesta comunitaria realizada en Estados Unidos en 1991 encontró que cerca de un tercio de la población había consumido marihuana una o más veces en su vida; el 10 % en el último año y el 5 % en el último mes. Debido a que el estudio valoraba más los patrones de consumo que los diagnósticos, no se sabe cuántos consumidores de marihuana cumplían criterios para el diagnóstico de dependencia o abuso. Una encuesta comunitaria llevada a cabo en Estados Unidos entre 1980 y 1985 con utilización de criterios DSM-III más restrictivos encontró que cerca del 4 % de la población adulta presentaba dependencia o abuso de *Cannabis* en algún momento de su vida.

Curso

La dependencia y el abuso de *Cannabis* se presenta habitualmente al cabo de un largo período de tiempo. Quienes llegan a la dependencia establecen típicamente un patrón de consumo crónico que aumenta gradualmente tanto en frecuencia como en cantidad. Con el consumo crónico abundante hay a veces una disminución o pérdida de los efectos placenteros de la sustancia. Aunque puede haber también un aumento de los correspondientes efectos disfóricos, no se observan con tanta frecuencia como con el alcohol, la cocaína o las anfetaminas. Una historia de trastorno disocial en la infancia o la adolescencia y el trastorno antisocial de la personalidad son factores de riesgo para la presentación de muchos trastornos relacionados con sustancias, incluida la *Cannabis*. Son pocos los datos disponibles sobre el curso a largo plazo de la dependencia o abuso de *Cannabis*.

Diagnóstico diferencial

Para una exposición general del diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias, véase la página 196. Los trastornos inducidos por *Cannabis* se caracterizan por síntomas (p. ej., ansiedad) que se parecen a los de los **trastornos mentales primarios** (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada *versus* trastorno de ansiedad inducido por *Cannabis*, con ansiedad generalizada, de inicio durante la intoxicación). Véase la página 199 para la exposición de este diagnóstico diferencial. El consumo crónico de *Cannabis* puede producir síntomas que se parecen a los del **trastorno distímico**. Las reacciones agudas adversas de la *Cannabis* deben diferenciarse de los síntomas de los **trastornos de angustia, trastorno depresivo mayor, trastorno delirante, trastorno bipolar o esquizofrenia de tipo paranoide**. La exploración física muestra un aumento del pulso e inyección conjuntival. Las pruebas toxicológicas en la orina son útiles para realizar el diagnóstico.

En contraste con la intoxicación por *Cannabis*, la **intoxicación por alcohol** y la **intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** disminuyen con frecuencia el apetito, aumentan el comportamiento agresivo y producen nistagmo o ataxia. Los **alucinógenos** a dosis bajas

pueden causar un cuadro clínico que se parece a la intoxicación por *Cannabis*. La fenciclidina (PCP), como la *Cannabis*, puede ser fumada y tener también efectos alucinógenos, pero es mucho más probable que la **intoxicación por fenciclidina** provoque ataxia y comportamiento agresivo. La intoxicación por *Cannabis* se distingue de **otros trastornos inducidos por *Cannabis*** (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por *Cannabis*, de inicio durante la intoxicación) en que los síntomas de estos últimos trastornos exceden de los que habitualmente se asocian a intoxicación por *Cannabis* y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

La distinción entre **consumo recreativo de *Cannabis*** y dependencia o abuso de *Cannabis* puede ser difícil de hacer, ya que los problemas psicológicos, sociales o comportamentales pueden ser difícilmente atribuibles a la sustancia, en especial en el contexto del consumo de otras sustancias. La negación del consumo abundante es frecuente, y el número de personas que buscan tratamiento para la dependencia o el abuso de *Cannabis* es menor que para otro tipo de trastornos relacionados con sustancias.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la intoxicación por *Cannabis* son equivalentes a los criterios del DSM-IV.

F12.9 Trastorno relacionado con *Cannabis* no especificado [292.9]

La categoría trastorno relacionado con *Cannabis* no especificado se reserva para los trastornos relacionados con el consumo de *Cannabis* que no se pueden clasificar, como son dependencia de *Cannabis*, abuso de *Cannabis*, intoxicación por *Cannabis*, delirium por intoxicación cannábica, trastorno psicótico inducido por *Cannabis* o trastorno de ansiedad inducido por *Cannabis*.

Trastornos relacionados con cocaína

La cocaína, una sustancia natural producida por la planta de la coca, se consume en diversas preparaciones (p. ej., hojas de coca, pasta de coca, hidrocloreto de cocaína y alcaloide de cocaína) que difieren en su potencia debido a los variados niveles de pureza y rapidez de acción. La cocaína es el ingrediente activo de cada preparación. Masticar hojas de coca es una práctica generalmente limitada a las poblaciones nativas de América Central y del Sur, donde se cultiva la cocaína. El consumo de pasta de coca, un extracto crudo de la planta de coca, aparece casi exclusivamente en los países productores de cocaína en América del Sur y Central, donde se denomina «basulca». Los disolventes usados en la preparación de la pasta de coca contaminan con frecuencia la pasta y pueden causar efectos tóxicos en el sistema nervioso central y en otros órganos cuando la pasta se fuma. El hidrocloreto de cocaína en polvo es habitualmente «esnifado» a través de la nariz o disuelto en agua e inyectado por vía intravenosa. Cuando se mezcla con heroína, produce una combinación conocida como «*speed-ball*».

Una forma habitual de consumo en Estados Unidos es el *crack*, un alcaloide de la cocaína que se extrae de una sal en polvo mezclándola con bicarbonato sódico y secándola en pequeñas pie-

dras (*rocks*). El *crack* difiere de otras formas de cocaína por ser fácilmente vaporizable y, cuando se inhala, sus efectos son muy rápidos. El síndrome clínico y los efectos adversos asociados al *crack* son idénticos a los producidos por dosis comparables de otras preparaciones de cocaína. Antes de la introducción del *crack*, la cocaína era separada de su base de hidrocloreto por calentamiento con éter, amoníaco y otros disolventes volátiles. Se fumaba la cocaína de «base libre» resultante. Este proceso es peligroso debido al riesgo de que los disolventes se incendien y lesionen al usuario.

Este apartado contiene comentarios específicos de los trastornos relacionados con la cocaína. La descripción y los criterios diagnósticos ya se han expuesto en los aspectos genéricos de la dependencia de sustancias (pág. 176) y del abuso de sustancias (pág. 188). La descripción específica para la dependencia y abuso de cocaína se hace a continuación, aunque no hay criterios diagnósticos específicos para la dependencia o abuso de cocaína. Luego, también se exponen la descripción específica y los criterios diagnósticos para la intoxicación por y la abstinencia de cocaína. Los trastornos inducidos por cocaína (al margen de la intoxicación por y la abstinencia de cocaína) se describen en las secciones del manual que tratan sobre trastornos con los que comparten características fenomenológicas (p. ej., el trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína está incluido en la sección «Trastornos del estado de ánimo»). Se enumeran a continuación los trastornos por consumo de cocaína y los trastornos inducidos por cocaína.

Trastornos por consumo de cocaína

- F14.2x Dependencia de cocaína [304.20]** (v. pág. 235)
F14.1 Abuso de cocaína [305.60] (v. pág. 235)

Trastornos inducidos por cocaína

- F14.00 Intoxicación por cocaína [292.89]** (v. pág. 236)
 [Para CIE-9-MC *especificar si*: Con alteraciones perceptivas]
F14.04 Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas
F14.3 Abstinencia de cocaína [292.0] (v. pág. 237)
F14.03 Delirium por intoxicación por cocaína [292.81] (v. pág. 135)
F14.51 Trastorno psicótico inducido por cocaína, con ideas delirantes [292.11] (v. página 317).
Especificar si: De inicio durante la intoxicación
F14.52 Trastorno psicótico inducido por cocaína, con alucinaciones [292.12] (v. pág. 317)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación
F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína [292.84] (v. pág. 379)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia
F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína [292.89] (v. pág. 451)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación de inicio/De inicio durante la abstinencia
F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína [292.89] (v. pág. 532)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación
F14.8 Trastorno del sueño inducido por cocaína [292.89] (v. pág. 617)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia
F14.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado [292.9] (v. pág. 241)

Trastornos por consumo de cocaína

F14.2x Dependencia de cocaína [304.20]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias (v. pág. 182). La cocaína posee potentes efectos eufóricos y puede dar lugar a dependencia tras su consumo durante breves períodos de tiempo. Un signo inicial de la dependencia de cocaína lo constituye la creciente dificultad para resistirse a su consumo cuando el sujeto dispone de ella. Debido a su corta vida media se necesitan dosis frecuentes para mantener su efecto euforizante. Los sujetos con dependencia de cocaína suelen gastar mucho dinero en un espacio breve de tiempo y, como resultado de ello, pueden llegar a implicarse en robos, prostitución o negocios con la droga, o solicitar anticipos para comprar la droga. Los sujetos con dependencia de cocaína a menudo necesitan discontinuar el consumo para descansar o para obtener fondos adicionales. Las responsabilidades laborales o familiares, como el cuidado de los hijos, pueden abandonarse para obtener o consumir la cocaína. Son frecuentes las complicaciones físicas o mentales como ideación paranoide, comportamiento agresivo, ansiedad, depresión y pérdida de peso. La tolerancia aparece con el consumo repetido, en función de la vía de administración. Pueden observarse síntomas de abstinencia, en especial estados de ánimo disfóricos, pero suelen ser transitorios y asociados al consumo de dosis altas.

Especificaciones

Pueden aplicarse las siguientes especificaciones al diagnóstico de dependencia de cocaína (para más detalles v. pág. 185):

- 0 Remisión total temprana/remisión parcial temprana**
- 0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida**
- 2 En terapéutica con agonistas**
- 1 En entorno controlado**
- 4 Leve/moderado/grave**

Especificar si:

- Con dependencia fisiológica**
- Sin dependencia fisiológica**

F14.1 Abuso de cocaína [305.60]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias (v. página 188). La intensidad y frecuencia de la administración de cocaína son menores en el abuso que en los casos de dependencia. Los episodios de consumo con problemas, el descuido de las responsabilidades y los conflictos interpersonales aparecen a menudo en ocasiones especiales o en días de cobro, dando lugar a un patrón de consumo de dosis altas en períodos breves de tiempo (horas o días) seguidos por períodos más largos (semanas o meses) de consumo ocasional o de abstinencia sin problemas. Los problemas legales pueden ser resultado de la posesión o el consumo de la droga. Cuando los problemas asociados al consumo se acompañan de demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la obtención y administración de cocaína, debe considerarse el diagnóstico de dependencia más que el de abuso.

Trastornos inducidos por cocaína

F14.00 Intoxicación por cocaína [292.89]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación por sustancias (v. pág. 189). La característica esencial de intoxicación por cocaína es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína (Criterios A y B). La intoxicación por cocaína empieza habitualmente con una sensación de euforia (*high*) e incluye uno o más de los síntomas siguientes: euforia con incremento de la sensación de vigor, sociabilidad, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, charlatanería, ansiedad, tensión, estado de alerta, grandiosidad, comportamientos estereotipados y repetitivos, rabia o cólera y deterioro de la capacidad de juicio y, en el caso de intoxicación crónica, afectividad embotada, cansancio o tristeza y retraimiento social. Estos cambios psicológicos y comportamentales se acompañan de dos o más de los siguientes signos y síntomas, que aparecen durante la intoxicación o poco tiempo después: taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, aumento o disminución de la tensión arterial, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso demostrable, agitación o retraso psicomotores, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas y confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma (Criterio C). La intoxicación aguda o crónica se asocia a menudo con deterioro de la actividad social o laboral. La intoxicación grave puede conducir al coma. Para establecer el diagnóstico de intoxicación por cocaína los síntomas no han de ser debidos a enfermedad médica ni explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio D).

La magnitud y el tipo de los cambios psicológicos o comportamentales dependen de muchas variables, que incluyen la dosis consumida y las características individuales del sujeto que consume la sustancia (p. ej., tolerancia, grado de absorción, cronicidad del consumo y contexto en el que se ingiere la droga). Los efectos estimulantes observados más frecuentemente son euforia, aumento del pulso y la tensión arterial, y actividad psicomotora. Los efectos depresores como tristeza, bradicardia, descenso de la tensión arterial y disminución de la actividad psicomotora son menos frecuentes y sólo aparecen con el consumo crónico de dosis altas.

F14.04 Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas. Este diagnóstico puede realizarse cuando los criterios coinciden con intoxicación por cocaína y las alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, con juicio de realidad intacto, o las ilusiones aparecen en ausencia de delirium. *Juicio de realidad intacto* significa que el sujeto sabe que las alucinaciones son inducidas por la sustancia y que no representan la realidad externa. Cuando las alucinaciones aparecen en ausencia de juicio de realidad intacto debe considerarse el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias con alucinaciones.

■ **Criterios para el diagnóstico de F14.00 Intoxicación por cocaína [292.89]**

- A. Consumo reciente de cocaína.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significati-

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F14.00 Intoxicación por cocaína [292.89] (continuación)

vos (p. ej., euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio, o deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante, o poco tiempo después, del consumo de cocaína.

- C. Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína:
- (1) taquicardia o bradicardia
 - (2) dilatación pupilar
 - (3) aumento o disminución de la tensión arterial
 - (4) sudoración o escalofríos
 - (5) náuseas o vómitos
 - (6) pérdida de peso demostrable
 - (7) agitación o retraso psicomotores
 - (8) debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas
 - (9) confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica si se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

F14.3 Abstinencia de cocaína [292.0]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias (v. pág. 190). La característica esencial de la abstinencia de cocaína es la presencia de un síndrome característico de abstinencia que aparece en pocas horas o algunos días después de interrumpir (o disminuir) el consumo abundante y prolongado de cocaína (Criterios A y B). El síndrome de abstinencia se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo disfórico acompañado por dos o más de los siguientes cambios fisiológicos: fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnía, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotores. Puede haber, sin formar parte de los criterios diagnósticos, anhedonia y deseo irresistible de cocaína (*craving*). Estos síntomas provocan un malestar clínico significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Los síntomas no se deberán a enfermedad médica ni se explicarán mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio D).

Los síntomas de abstinencia aguda (*«crash»*) se observan con frecuencia después de períodos de consumo de dosis altas y repetidas (*«runs»* o *«binges»*). Estos períodos se caracterizan por sentimientos intensos y desagradables de lasitud y depresión que requieren generalmente algunos días de descanso y recuperación. Pueden aparecer síntomas depresivos con ideas o comportamiento suicidas, que constituyen el problema más grave observado durante el *«crashing»* u otras formas de abstinencia de cocaína. Un número no despreciable de sujetos con dependencia de cocaína tienen pocos o ningún síntoma demostrable de abstinencia al interrumpir su consumo.

■ Criterios para el diagnóstico de F14.3 Abstinencia de cocaína [292.0]

- A. Interrupción (o disminución) del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína.
- B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del Criterio A:
 - (1) fatiga
 - (2) sueños vívidos y desagradables
 - (3) insomnio o hipersomnia
 - (4) aumento del apetito
 - (5) retraso o agitación psicomotores
- C. Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Otros trastornos inducidos por cocaína

Los siguientes trastornos inducidos por cocaína se describen en otras secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten características fenomenológicas: **delirium por intoxicación por cocaína** (pág. 135), **trastorno psicótico inducido por cocaína** (pág. 317), **trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína** (pág. 379), **trastorno de ansiedad inducido por cocaína** (pág. 451), **trastorno sexual inducido por cocaína** (pág. 532), **trastorno del sueño inducido por cocaína** (pág. 617). Estos trastornos se diagnostican en lugar de los diagnósticos de intoxicación por abstinencia de cocaína sólo cuando los síntomas exceden de los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación por abstinencia de cocaína y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Información adicional sobre los trastornos relacionados con cocaína

Características y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. La cocaína es una droga de acción corta que tiene efectos potentes y rápidos sobre el sistema nervioso central, especialmente cuando se consume por vía intravenosa o cuando es fumada en forma de *crack*. La cocaína, cuando es inyectada o fumada, produce de forma típica una sensación instantánea de bienestar, confianza y euforia. Pueden presentarse cambios de comportamiento espectaculares en poco tiempo, sobre todo cuando hay dependencia. Los sujetos con dependencia de cocaína gastan miles de dó-

lares en corto espacio de tiempo para obtener la sustancia dando lugar a catástrofes económicas que suponen la pérdida de los ahorros y de la propia casa. Los sujetos emprenden actividades delictivas para conseguir dinero. La dependencia a largo plazo produce comportamientos erráticos, aislamiento social y disfunción sexual. El comportamiento agresivo puede ser debido a los efectos de la cocaína; la violencia se asocia también con el mercado de la droga. Como resultado del aumento del deseo sexual o de la utilización del sexo con el propósito de obtener cocaína (o dinero para comprarla) se desarrolla un comportamiento sexual promiscuo que llega a ser un factor de propagación de transmisión de enfermedades sexuales, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La intoxicación aguda por dosis altas de cocaína puede asociarse a lenguaje prolijo o confuso, dolor de cabeza, ideas transitorias de referencia y *tinnitus*. Puede haber ideación paranoide, alucinaciones auditivas con conciencia clara y alucinaciones táctiles («*coke bugs*»), que el propio usuario reconoce como efectos de la cocaína. Pueden aparecer una cólera extrema con amenazas o comportamientos agresivos. Son frecuentes los cambios del estado de ánimo, como depresión, ideas suicidas, irritabilidad, anhedonia, labilidad emocional o alteraciones de la atención y concentración, especialmente durante la abstinencia de cocaína.

Los sujetos con dependencia de cocaína presentan a menudo síntomas depresivos que cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor (v. trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, pág. 379). No son raras historias de repetidas crisis de angustia, comportamiento afín a la fobia social y síndromes afines a la ansiedad generalizada (v. trastorno de ansiedad inducido por sustancias, pág. 451). Los trastornos de la conducta alimentaria pueden también asociarse a esta sustancia. Uno de los casos más graves de toxicidad de la cocaína es el trastorno psicótico inducido por cocaína (v. pág. 317), un trastorno con ideas delirantes y alucinaciones que se parece a la esquizofrenia de tipo paranoide. Las alteraciones mentales que aparecen asociadas a la cocaína se resuelven habitualmente horas después de interrumpir el consumo de cocaína, aunque pueden persistir semanas.

Los sujetos con dependencia de cocaína presentan con frecuencia respuestas condicionadas a los estímulos relacionados con la cocaína (p. ej., necesidad irresistible de mirar sustancias afines al polvo). Estas respuestas contribuyen probablemente a la recaída, son difíciles de extinguir y persisten de forma típica largo tiempo después de completada la desintoxicación. Los trastornos por consumo de cocaína se asocian a menudo con dependencia o abuso de otras sustancias, especialmente alcohol, marihuana y benzodiacepinas, que son ingeridas para reducir la ansiedad y otros efectos estimulantes secundarios desagradables de la cocaína. La dependencia de cocaína puede asociarse al trastorno por estrés postraumático, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y al juego patológico.

Hallazgos de laboratorio. La mayoría de los laboratorios determinan la benzoilecgonina, metabolito de la cocaína, que permanece típicamente en la orina 1-3 días después de una dosis única y puede estar presente durante 7-12 días en los sujetos que consumen dosis altas de forma repetida. Pruebas de función hepática moderadamente alteradas se observan en sujetos que se inyectan cocaína o consumen alcohol en exceso asociado a la cocaína. El consumo de cocaína puede asociarse a hepatitis, a enfermedades de transmisión sexual que incluyen el VIH y a tuberculosis. Ocasionalmente se observan en las radiografías de tórax neumonía y neumotórax. La interrupción del consumo crónico se asocia a menudo con cambios electroencefalográficos, alteraciones de la secreción de prolactina y disregulación (*down-regulation*) de los receptores de la dopamina.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Puede darse una amplia gama de enfermedades médicas según la vía de administración de la cocaína. Las personas que la consumen por vía intranasal («snifándola» = «*snort*») presentan con frecuencia sinusitis, irritación y hemorragia de la mucosa nasal, y perforación del tabique nasal. Los que fuman cocaína tienen un riesgo mayor de presentar problemas respiratorios (p. ej., tos, bronquitis y neumonía

debido a la irritación e inflamación de los tejidos de revestimiento del tracto respiratorio). Las personas que se inyectan cocaína tienen marcas de los pinchazos en los antebrazos, como los sujetos que presentan dependencia a los opiáceos. La infección por VIH se asocia a la dependencia de cocaína debido al uso frecuente de inyecciones intravenosas y al aumento de la promiscuidad sexual. Se observan también otras enfermedades de transmisión sexual, hepatitis, tuberculosis y otras infecciones pulmonares. La dependencia de cocaína (en cualquier forma de administración) se asocia frecuentemente a pérdida de peso y malnutrición debido a los efectos supresores del apetito. El dolor en el pecho también es un síntoma frecuente. Las maniobras parecidas a las de Valsalva que se hacen para absorber mejor la cocaína inhalada pueden provocar neumotórax. En sujetos jóvenes y con buena salud el consumo de cocaína se asocia a infarto de miocardio, muerte súbita por paro respiratorio o cardíaco y accidentes vasculares cerebrales. Estos incidentes son provocados por la capacidad de la cocaína para aumentar la tensión arterial, provocar vasoconstricción y alterar la actividad eléctrica del corazón. Con el consumo de cocaína se han observado crisis cólicas, palpitaciones y arritmias. Entre las personas que venden cocaína son frecuentes las peleas y comportamientos violentos que dan lugar a lesiones traumáticas. El consumo de cocaína entre las mujeres embarazadas se ha asociado a irregularidades placentarias, placenta previa y aumento del nacimiento de niños con bajo peso.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El consumo de cocaína y los trastornos que provoca afectan a todas las razas, a todos los grupos socioeconómicos, edad y sexo de Estados Unidos. Los trastornos relacionados con la cocaína son más frecuentes en sujetos entre los 18 y 30 años. Aunque la epidemia actual de consumo de cocaína empezó en los años setenta entre la gente rica, esto ha cambiado y ahora incluye a grupos socioeconómicos más bajos residentes en áreas metropolitanas. Las áreas rurales que antes estaban libres de problemas relacionados con drogas ilegales también han sido afectadas. Como ocurre con otros trastornos relacionados con sustancias, los varones los presentan con mayor frecuencia que las mujeres. Los trastornos por consumo de cocaína están repartidos por igual entre varones y mujeres.

Prevalencia

Una encuesta comunitaria realizada en Estados Unidos en 1991 encontró que el 12 % de la población había consumido cocaína una o más veces en su vida; el 3 % lo había hecho en el último año y menos del 1 % en el último mes. Debido a que el estudio valoraba patrones de consumo más que diagnósticos, se desconoce cuántos de los que consumen cocaína tienen síntomas que cumplan los criterios diagnósticos para la dependencia o el abuso. Una encuesta comunitaria realizada en Estados Unidos entre 1980 y 1985 usando criterios DSM-III, que sólo reconoce el abuso de cocaína, encontró que cerca del 0,2 % de la población adulta había abusado de la cocaína alguna vez en su vida. Entre ellos, el 17 % la había consumido en el último mes, el 46 % había tenido algún problema con la cocaína en este tiempo y el 46 % había tenido algún problema con la cocaína en el último año. Estos datos dan idea del aumento del consumo de cocaína experimentado desde mediados de los años ochenta.

Curso

Como con las anfetaminas, la dependencia de cocaína se asocia a dos patrones de autoadministración: consumo episódico o diario (o casi diario). En el patrón episódico, el uso de cocaína

tiende a estar separado por 2 o más días del no uso (p. ej., consumo intenso los fines de semana o consumo varios días a la semana). Los atracones («binges») son una forma de consumo episódico que implica de forma típica un consumo de dosis altas en un período de horas o días, que con frecuencia se asocia a dependencia. Los atracones terminan habitualmente cuando se termina la cocaína. El consumo diario puede implicar dosis altas o bajas y puede aparecer a lo largo del día o estar restringido a unas horas. En el consumo crónico diario generalmente no hay fluctuaciones muy amplias de las dosis, pero sí un aumento de las dosis a lo largo del tiempo.

El consumo intravenoso o fumado de cocaína tiende a asociarse particularmente con una progresión rápida del uso al abuso o dependencia, que aparece con frecuencia en semanas o meses. El consumo intranasal se asocia con una progresión más gradual, apareciendo la dependencia habitualmente en meses o años. La dependencia se asocia frecuentemente a una progresiva tolerancia a los efectos indeseables de la cocaína, lo que lleva a un aumento de las dosis. Con el consumo continuado hay una disminución de los efectos agradables debidos a la tolerancia y a un aumento de los efectos disfóricos. Hay pocos datos disponibles sobre el curso a largo plazo de los trastornos por consumo de cocaína.

Diagnóstico diferencial

Para una exposición general del diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias, véase la página 196. Los trastornos inducidos por cocaína se caracterizan por síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) que se parecen a los de los **trastornos mentales primarios** (p. ej., trastorno depresivo mayor *versus* trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia). Véase la página 199 para el comentario de este diagnóstico diferencial. Las acusadas alteraciones mentales que pueden ser el resultado de los efectos de la cocaína deben distinguirse de los síntomas de **esquizofrenia de tipo paranoide, trastorno bipolar y otros trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia**.

La **intoxicación por anfetamina** y la **intoxicación por fenciclidina** pueden provocar un cuadro clínico similar, que con frecuencia se distingue de la intoxicación por cocaína por la presencia de metabolitos de la cocaína en muestras de orina o plasma. La intoxicación y la abstinencia de cocaína se distinguen de los otros **trastornos inducidos por cocaína** (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por cocaína, de inicio durante la intoxicación) en que los síntomas de estos últimos trastornos exceden de los que habitualmente se asocian a la intoxicación por cocaína o a la abstinencia de cocaína y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV para la intoxicación y abstinencia de cocaína son prácticamente iguales, excepto en el hecho de que los criterios de la CIE-10 para la abstinencia de esta sustancia incluyen el anhelo (*craving*) por la cocaína como síntoma adicional.

F15.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado [292.9]

La categoría trastorno relacionado con cocaína no especificado se reserva para los trastornos asociados con el consumo de cocaína que no se clasifican como dependencia de cocaína, abuso de cocaína, intoxicación por cocaína, abstinencia de cocaína, delirium por intoxicación por cocaína, trastorno psicótico inducido por cocaína, trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, tras-

torno de ansiedad inducido por cocaína, disfunción sexual inducida por cocaína o trastorno del sueño inducido por cocaína.

Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar)

Las fenciclidinas (o sustancias de acción similar) incluyen la fenciclidina (PCP, Sernylan) y compuestos de acción similar como la ketamina (Ketalar, Ketaject) y un análogo de la fenciclidina del grupo de los tiofenos (TCP; 1-[1-2-tienil-ciclohexil]-piperidina). Estas sustancias se desarrollaron inicialmente como anestésicos en los años cincuenta, para convertirse en drogas fácilmente accesibles en la calle en los años sesenta. Se pueden tomar por vía oral o intravenosa o bien se fuman. La fenciclidina (vendida ilegalmente bajo una serie de nombres como PCP, polvo de ángel y píldora de la paz) es la sustancia más consumida en este grupo.

En este apartado se comentan específicamente los trastornos relacionados con la fenciclidina. La descripción y los criterios diagnósticos ya han sido expuestos en los aspectos genéricos de la dependencia de sustancias (pág. 182) y del abuso de sustancias (pág. 188). La descripción de la dependencia y el abuso de fenciclidina se hace a continuación, aunque no hay criterios diagnósticos específicos para la dependencia o el abuso de fenciclidina. Luego, también se exponen la descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación por fenciclidina. La relevancia clínica de la abstinencia de fenciclidina es dudosa, y, aunque pueden aparecer síntomas, el diagnóstico de abstinencia de fenciclidina no se incluye en este manual. Los trastornos inducidos por fenciclidina (al margen de la intoxicación por fenciclidina) se describen en las secciones de este manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten características fenomenológicas (p. ej., el trastorno psicótico inducido por fenciclidina se incluye en la sección «Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos»). A continuación se enumeran los trastornos por consumo de fenciclidina.

Trastornos por consumo de fenciclidina

F19.2x Dependencia de fenciclidina [304.90] (v. pág. 243)

F19.1 Abuso de fenciclidina [305.90] (v. pág. 243)

Trastornos inducidos por fenciclidina

F19.00 Intoxicación por fenciclidina [292.89] (v. pág. 244)

[Para CIE-9-MC *especificar si*: Con alteraciones perceptivas]

F19.04 Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas

F19.03 Delirium por intoxicación por fenciclidina [292.81] (v. pág. 135)

F19.51 Trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con ideas delirantes [292.11] (v. página 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F19.52 Trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con alucinaciones [292.12] (v. página 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina [292.84] (v. pág. 379)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina [292.89] (v. pág. 451)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F19.9 Trastorno relacionado con la fenciclidina no especificado [292.9] (v. pág. 247)

Trastornos por consumo de fenciclidina

F19.2x Dependencia de fenciclidina [304.90]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias (v. pág. 182). Algunos de los criterios genéricos para la dependencia de sustancias no son aplicables a la fenciclidina. A pesar de que se ha descrito anhelo (*craving*) en individuos con consumo muy importante, en seres humanos no se han demostrado claramente ni síntomas de tolerancia ni síntomas de abstinencia (si bien ambos se han descrito en estudios con animales). Obtener fenciclidina no suele ser difícil y los sujetos con dependencia de fenciclidina suelen fumarla dos a tres veces al día, dedicando, pues, una buena parte de su tiempo al consumo de la sustancia y a la experimentación de sus efectos. El consumo de fenciclidina puede continuar a pesar de la presencia de alteraciones psicológicas (p. ej., desinhibición, ansiedad, rabia, agresión, pánico, *flashbacks*) o alteraciones médicas (p. ej., hipotermia, hipertensión, crisis comiciales) que el sujeto sabe que están causadas por la sustancia. Los individuos con dependencia de fenciclidina pueden manifestar comportamientos peligrosos debido a la falta de conciencia y de juicio científico durante la intoxicación. La agresividad física ha sido identificada como un efecto adverso específico de la fenciclidina. Al igual que con los alucinógenos, las reacciones adversas a la fenciclidina pueden ser más frecuentes en sujetos con trastornos mentales previos.

Especificaciones

Pueden aplicarse las siguientes especificaciones al diagnóstico dependencia de fenciclidina (v. pág. 185 para más detalles).

0 Remisión total temprana/remisión parcial temprana

0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida

1 En entorno controlado

4 Leve/moderado/grave

F19.1 Abuso de fenciclidina [305.90]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos del abuso de sustancias (v. pág. 188). A pesar de que los individuos que abusan de la fenciclidina consumen la sustancia con mucha menor frecuencia que los que presentan dependencia, pueden desatender repetidamente sus obligaciones en la escuela, en el trabajo o en el hogar como consecuencia de la intoxicación por fenciclidina. Los consumidores pueden tomar la fenciclidina en situaciones físicamente arriesgadas (como el trabajo con maquinaria pesada o mientras conducen un automóvil o una motocicleta). Tanto la posesión de fenciclidina como el comportamiento durante la intoxicación por fenciclidina (p. ej., peleas), pueden desencadenar problemas legales. Como consecuencia del comportamiento del individuo durante la intoxicación por fenciclidina, pueden presentarse problemas interpersonales o sociales repetidos, a raíz del caótico estilo de vida, que pueden conllevar múltiples problemas legales y pleitos con otras personas.

Trastornos inducidos por fenciclidina

F19.00 Intoxicación por fenciclidina [292.89]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación por sustancias (v. pág. 189). La característica esencial de la intoxicación por fenciclidina es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia, heteroagresividad, impulsividad, comportamiento imprevisible, agitación psicomotora, alteración de la capacidad de juicio o del rendimiento laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de fenciclidina (o de una sustancia similar) (Criterios A y B). Estos cambios se acompañan de dos o más de los siguientes signos que aparecen en la primera hora después del consumo de la sustancia (o antes si la sustancia es fumada, aspirada o inyectada por vía intravenosa): nistagmo horizontal o vertical, hipertensión arterial o taquicardia, obnubilación o disminución de la respuesta al dolor, ataxia, disartria, rigidez muscular, crisis convulsivas o coma e hiperacusia (Criterio C). Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio D).

Los síntomas y signos específicos son dosis-dependientes. Dosis bajas de fenciclidina producen vértigo, ataxia, nistagmo, hipertensión arterial leve, movimientos involuntarios anormales, lenguaje farfullante, náuseas, debilidad, enlentecimiento de los tiempos de reacción, euforia o afectividad embotada, locuacidad y pérdida de intereses. A dosis medias aparecen pensamiento desorganizado, cambios sensorio-perceptivos y de la percepción de la imagen corporal, despersonalización y sensaciones de irrealidad. Dosis más altas producen amnesia y coma, con una analgesia suficiente para la cirugía, mientras que las crisis comiciales con depresión respiratoria aparecen a dosis extremas. Los efectos se inician casi inmediatamente después de la dosis intravenosa o transpulmonar, alcanzando un máximo en minutos. A este máximo se llega al cabo de 2 horas de la administración oral. En las intoxicaciones más leves los efectos desaparecen entre las 8 y las 20 horas, mientras que en las intoxicaciones graves los signos y síntomas pueden persistir durante varios días. El trastorno psicótico inducido por fenciclidina (pág. 317) puede persistir durante semanas.

F19.04 Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas. Este diagnóstico puede realizarse cuando los criterios coinciden intoxicación por fenciclidina y las alucinaciones con juicio de realidad intacto o las ilusiones táctiles, visuales o auditivas aparecen en ausencia de delirium. *Juicio de realidad intacto* quiere decir que la persona reconoce que la alucinación está producida por la sustancia y no representa una realidad externa. Cuando aparecen alucinaciones sin juicio de realidad intacto, debe considerarse el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias, con alucinaciones.

■ Criterios para el diagnóstico de F19.00 Intoxicación por fenciclidina [292.89]

- A. Consumo reciente de fenciclidina (o una sustancia de acción similar).
- B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia, heteroagresividad, impulsividad, comportamiento imprevisible,

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F19.00 Intoxicación por fenciclidina [292.89] (continuación)

agitación psicomotora, deterioro de la capacidad de juicio o del rendimiento laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de fenciclidina.

- C. Dos (o más) de los siguientes signos que aparecen en la primera hora después del consumo de la sustancia (o antes si es fumada, aspirada o inyectada por vía intravenosa):
- (1) nistagmo horizontal o vertical
 - (2) hipertensión o taquicardia
 - (3) obnubilación o disminución de la sensibilidad al dolor
 - (4) ataxia
 - (5) disartria
 - (6) rigidez muscular
 - (7) crisis convulsivas o coma
 - (8) hiperacusia
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota de codificación: Codificar F19.04 si con alteraciones perceptivas.

[Para CIE-9-MC especificar si: **con alteraciones perceptivas**]

Otros trastornos inducidos por fenciclidina

Los siguientes trastornos inducidos por fenciclidina se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten características fenomenológicas: **delirium por intoxicación por fenciclidina** (pág. 135), **trastorno psicótico inducido por fenciclidina** (página 317), **trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina** (pág. 379) y **trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina** (pág. 451). Estos trastornos se diagnostican en lugar de la intoxicación por fenciclidina sólo cuando los síntomas exceden de los que habitualmente se asocian al síndrome de intoxicación por fenciclidina, y si son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Información adicional sobre los trastornos relacionados con la fenciclidina

Características y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Aunque los individuos con intoxicación por fenciclidina pueden permanecer vigiles y orientados, también pueden presentar delirium, coma, síntomas psicóticos o mutismo catatónico. Las intoxicaciones repetidas pueden provocar problemas laborales, familiares, sociales o legales. Puede haber violencia, agitación o comportamiento bizarro (p. ej., vagabundeo confusional). Los sujetos con dependencia o abuso de fenciclidina pueden referir visitas a urgencias o ingresos hospitalarios repetidos, arrestos por com-

portamiento extraño o confusional, o por peleas, todo ello en estado de intoxicación. El trastorno disocial en los adolescentes y el trastorno antisocial de la personalidad en adultos puede asociarse al consumo de fenciclidina. La dependencia de otras sustancias (especialmente cocaína, alcohol y anfetaminas) es frecuente entre quienes presentan dependencia de fenciclidina.

Hallazgos de laboratorio. La fenciclidina (o cualquier sustancia de acción similar) está presente en la orina de los individuos intoxicados de forma aguda por una de estas sustancias. Éstas pueden ser detectadas en la orina durante varias semanas después de un consumo prolongado o a dosis muy altas. La fenciclidina puede ser detectada más rápidamente en orina acidificada. La creatinina-fosfoquinasa (CPK) y la transaminasa glutámico-oxalacética en el suero (SGOT) están elevadas con frecuencia.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. La intoxicación por fenciclidina provoca toxicidad cardíaca y neurológica (p. ej., crisis cómicas, distonias, discinesias, catalepsia e hipotermia o hipertermia). En sujetos con dependencia o abstinencia de fenciclidina pueden encontrarse lesiones por accidentes, peleas o caídas. Entre los escasos individuos que consumen fenciclidina por vía intravenosa, se pueden encontrar señales de las inyecciones en la piel, hepatitis, enfermedades por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y endocarditis bacteriana. Se ha descrito ahogo incluso en cantidades muy pequeñas de agua. Los problemas respiratorios se manifiestan por apnea, broncospasmo, broncorrea, aspiraciones durante estados de coma e hipersialorrea. La rabdomiólisis con deterioro de la función renal se observa en alrededor del 2 % de los pacientes que acuden a urgencias. El paro cardíaco es un desenlace poco frecuente.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La prevalencia de los problemas relacionados con la fenciclidina parece ser mayor en los varones (alrededor del doble), en las personas de edades comprendidas entre 20 y 40 años y entre las minorías étnicas (también con prevalencia dos veces superior). Alrededor del 75 % de los que consultan a urgencias por problemas relacionados con la fenciclidina son varones.

Prevalencia

En Estados Unidos la fenciclidina está implicada en el 3 % de las muertes asociadas al consumo de sustancias. En un 3 % de las visitas de urgencia relacionadas con el consumo de sustancias la fenciclidina es mencionada como un problema. El porcentaje de estudiantes que referían algún consumo de fenciclidina disminuyó del 13 % en 1980 al 3 % en 1990.

Diagnóstico diferencial

Véase en la página 196 una descripción más amplia del diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias. Los trastornos inducidos por fenciclidina pueden estar caracterizados por síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) que semejan **trastornos mentales primarios** (p. ej., trastorno depresivo mayor *versus* trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina, con características depresivas, de inicio durante la intoxicación). Véase en la página 199 la exposición de este diagnóstico diferencial. Los episodios recidivantes con síntomas psicóticos o afectivos debidos a la intoxicación por fenciclidina pueden semejar una **esquizofrenia** o un **tras-**

torno del estado de ánimo. Una historia compatible o análisis toxicológicos de laboratorio que demuestren el consumo de fenciclidina, determinan el papel de la sustancia en estos trastornos, pero no se puede descartar la presencia concomitante de otros trastornos mentales primarios. Un inicio rápido de los síntomas también es más sugerente de una intoxicación por fenciclidina que de esquizofrenia, pero el consumo de fenciclidina puede inducir un episodio agudo en pacientes con esquizofrenia. La remisión rápida de los síntomas y la ausencia de historia de esquizofrenia pueden ayudar en esta diferenciación. La violencia o el deterioro de la capacidad de juicio relacionados con la droga pueden presentarse conjuntamente o bien semejar aspectos del **trastorno disocial** o el **trastorno antisocial de la personalidad**. La ausencia de trastornos de comportamiento antes del inicio del consumo de la sustancia o durante la abstinencia puede ayudar a esta diferenciación.

La fenciclidina y las sustancias de acción similar pueden provocar trastornos perceptivos (p. ej., luces centelleantes, percepción de sonidos, ilusiones o imágenes visuales que el sujeto habitualmente reconoce como relacionadas con el consumo de la droga). Si el juicio de realidad permanece intacto y la persona no cree que las percepciones sean reales ni condicionen su comportamiento debe anularse la especificación intoxicación por fenciclidina «con trastornos perceptivos». Si se altera el juicio de realidad, debe considerarse el diagnóstico de **trastorno psicótico inducido por fenciclidina**.

La diferenciación de la intoxicación por fenciclidina de las **intoxicaciones por otras sustancias** (con las cuales suele coexistir) se hace a partir de la historia de consumo de la sustancia, de la presencia de hallazgos característicos (p. ej., nistagmo e hipertensión leve) y de determinaciones de laboratorio en la orina positivas. Los individuos que consumen fenciclidina con frecuencia consumen también otras drogas, y debe considerarse el abuso o la dependencia concomitante de otras drogas. La intoxicación por fenciclidina se distingue de **otros trastornos inducidos por fenciclidina** (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina, de inicio durante la intoxicación), porque en estos últimos trastornos los síntomas exceden de los que habitualmente se asocian a la intoxicación por fenciclidina, y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 no recoge una categoría aislada para los trastornos relacionados con la fenciclidina.

F19.9 Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado [292.9]

La categoría trastorno relacionado con la fenciclidina no especificado se reserva para trastornos asociados con el consumo de fenciclidina no clasificables como dependencia de fenciclidina, abuso de fenciclidina, intoxicación por fenciclidina, delirium por intoxicación por fenciclidina, trastorno psicótico inducido por fenciclidina, trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina o trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina.

Trastornos relacionados con inhalantes

Este apartado incluye los trastornos inducidos por la inhalación de los hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran en sustancias como la gasolina, el pegamento, disolventes y pinturas en *spray*. Los hidrocarburos halogenados son menos utilizados (se encuentran en limpiado-

res, líquido corrector de máquinas de escribir, *sprays*), junto con otros compuestos volátiles que contienen ésteres, cetonas y glicoles. La mayoría de los compuestos que se inhalan son una mezcla de gran cantidad de sustancias que pueden producir efectos psicoactivos, y en muchas ocasiones es difícil averiguar cuál es la sustancia exacta responsable del trastorno. A no ser que se tenga la certeza de que se ha consumido una única sustancia si mezclar, se debe usar el término general *inhalante* al transcribir el diagnóstico. Estas sustancias volátiles se encuentran en una amplia gama de productos comerciales y pueden ser tomadas intercambiándolas, dependiendo de su disponibilidad y preferencias personales. A pesar de que puede haber diferencias sutiles en los efectos físicos y psicoactivos de los diferentes compuestos, no conocemos suficientemente sus efectos diferenciales como para distinguirlos. Todos ellos son capaces de producir dependencia, abuso e intoxicación.

Se usa una gran variedad de métodos para inhalar los vapores intoxicantes. Habitualmente, se aplica un trapo empapado con la sustancia a la boca y nariz y se aspiran los vapores. La sustancia se puede depositar en un papel o bolsa de plástico e inhalar los gases de la bolsa. Las sustancias se inhalan también directamente de sus contenedores: en el caso de los aerosoles puede ser *pulverizada* en la boca o nariz. También se conocen casos en que el sujeto calienta los compuestos para acelerar su vaporización. Los inhalantes alcanzan los pulmones, la sangre y sus objetivos finales muy rápidamente.

En este apartado se comentan específicamente los trastornos relacionados con inhalantes. La descripción y los criterios diagnósticos ya han sido expuestos en los aspectos genéricos de la dependencia de sustancias (pág. 182) y el abuso de sustancias (pág. 188). La descripción de la dependencia y el abuso de inhalantes se hace a continuación. Se ha observado tolerancia en individuos con un consumo frecuente de inhalantes, pero no se tiene documentación clara respecto a la abstinencia. Por esta razón, el diagnóstico de abstinencia de inhalantes no se incluye en este manual. Los trastornos inducidos por inhalantes (al margen de la intoxicación por inhalantes) se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten características fenomenológicas (p. ej., el trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes se incluye en la sección «Trastornos del estado de ánimo»). A continuación se enumeran los trastornos por el consumo de inhalantes y los trastornos inducidos por inhalantes. Para reflejar la diferente manera de actuar y los diferentes perfiles de trastornos asociados que resultan del consumo de gases anestésicos (p. ej., óxido nítrico, éter) y vasodilatadores de acción corta (p. ej., nitrito de amilo o butilo), éstos se excluyen de la categoría de trastornos relacionados con inhalantes y deben clasificarse como trastornos relacionados con otras sustancias.

Trastornos por consumo de inhalantes

F18.2x Dependencia de inhalantes [304.60] (v. pág. 249)

F18.1 Abuso de inhalantes [305.90] (v. pág. 249)

Trastornos inducidos por inhalantes

F18.00 Intoxicación por inhalantes [292.89] (v. pág. 250)

F18.03 Delirium por intoxicación por inhalantes [292.81] (v. pág. 135)

F18.73 Demencia persistente inducida por inhalantes [292.82] (v. pág. 159)

F18.51 Trastorno psicótico inducido por inhalantes, con ideas delirantes [292.11] (v. página 317)

Especificar si: De inicio durante toda la intoxicación

- F18.52 Trastorno psicótico inducido por inhalantes, con alucinaciones [292.12]** (v. pág. 317)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación
- F18.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes [292.84]** (v. pág. 379)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación
- F18.8 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes [292.89]** (v. pág. 451)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación
- F18.9 Trastorno relacionado con inhalantes no especificado [292.9]** (v. pág. 254)

Trastornos por consumo de inhalantes

F18.2x Dependencia de inhalantes [304.60]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias (v. pág. 182). Algunos de los criterios genéricos para la dependencia no son aplicables a los inhalantes, mientras que otros requieren ser más ampliamente formulados. Se ha observado tolerancia a los efectos de los inhalantes entre individuos con un frecuente consumo de éstos, pero se desconocen su prevalencia y su importancia clínica. Se ha descrito un posible síndrome de abstinencia con inicio entre 24 y 48 horas después de interrumpir el consumo y con una duración de 2-5 días, con síntomas que incluyen alteraciones del sueño, temblores, irritabilidad, diaforesis, náuseas e ilusiones pasajeras. De todos modos, este síndrome no ha sido correctamente documentado y parece carecer de importancia clínica. Así pues, la dependencia de inhalantes no incluye un síndrome de abstinencia característico ni la evidencia del consumo de inhalantes para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia. Sin embargo, los inhalantes pueden ser tomados durante períodos de tiempo más largos o en cantidades más grandes de lo pretendido en un principio, y los sujetos que los consumen pueden encontrar dificultades para interrumpir o reducir su utilización. Debido a que los inhalantes no son caros y son legales y fáciles de obtener, es raro que se invierta mucho tiempo tratando de conseguirlos. Sin embargo, sí puede invertirse gran cantidad de tiempo en recuperarse de los efectos de su uso. El consumo recurrente de inhalantes puede dar lugar al abandono o la disminución de actividades importantes de tipo social, laboral o recreativo, y el consumo de la sustancia puede persistir a pesar de que el sujeto tenga conocimiento de los perjuicios físicos (p. ej., afecciones hepáticas o lesiones de los sistemas nerviosos central y periférico) o psicológicos (p. ej., depresión grave) que su consumo comporta.

Especificaciones

Se aplican las siguientes especificaciones de curso a un diagnóstico de dependencia de inhalantes y se codifican en el quinto carácter (v. pág. 185 para más detalles):

- 0 Remisión total temprana/remisión parcial temprana**
- 0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida**
- 1 En un entorno controlado**
- 4 Leve/moderado/grave**

F18.1 Abuso de inhalantes [305.90]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias (v. página 188). Los individuos que abusan de los inhalantes pueden tomarlos en situaciones peligrosas

(p. ej., conduciendo un automóvil o manejando maquinaria mientras el juicio y la coordinación están deteriorados debido a la intoxicación por inhalantes). El consumo repetido de inhalantes puede estar asociado a conflictos familiares y problemas escolares (p. ej., ausencias sin permiso, malas notas, expulsiones de la escuela).

Trastornos inducidos por inhalantes

F18.00 Intoxicación por inhalantes [292.89]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación por sustancias (v. pág. 189). La característica esencial de la intoxicación por inhalantes es la presencia de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia, violencia, apatía, deterioro del juicio, deterioro de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo intencionado, o de una breve exposición a altas dosis, de inhalantes volátiles (Criterios A y B). Los cambios desadaptativos se acompañan de signos que incluyen mareos o alteraciones visuales (visión borrosa o diplopía), nistagmo, incoordinación, lenguaje farfullante, marcha inestable, temblores y euforia. Las dosis más altas de inhalantes pueden provocar letargia y retraso psicomotor, debilidad muscular generalizada, disminución de los reflejos, estupor o coma (Criterio C). La alteración no se debe a enfermedad médica ni se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio D).

■ Criterios para el diagnóstico de F18.00 Intoxicación por inhalantes [292.89]

- A. Consumo reciente intencionado o breve exposición a dosis altas de inhalantes volátiles (excluyendo los gases anestésicos y los vasodilatadores de acción corta).
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (beligerancia, violencia, apatía, deterioro del juicio, deterioro de las actividades social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes volátiles.
- C. Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes:
 - (1) mareo
 - (2) nistagmo
 - (3) incoordinación
 - (4) lenguaje farfullante
 - (5) marcha inestable
 - (6) letargia
 - (7) disminución de los reflejos
 - (8) retraso psicomotor

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F18.00 Intoxicación por inhalantes [292.89] (continuación)

- (9) temblores
- (10) debilidad muscular generalizada
- (11) visión borrosa o diplopía
- (12) estupor o coma
- (13) euforia

D. Estos síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Otros trastornos inducidos por inhalantes

Los siguientes trastornos inducidos por inhalantes se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten características fenomenológicas: **delirium por intoxicación por inhalantes** (pág. 135), **demencia persistente inducida por inhalantes** (pág. 159), **trastorno psicótico inducido por inhalantes** (pág. 317), **trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes** (pág. 379) y **trastorno de ansiedad inducido por inhalantes** (pág. 451). Estos trastornos se diagnostican en lugar de la intoxicación por inhalantes únicamente cuando los síntomas exceden los que habitualmente se asocian a la intoxicación y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Información adicional sobre los trastornos relacionados con inhalantes

Características y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los sujetos con intoxicación por inhalantes pueden presentar alucinaciones auditivas, visuales o táctiles u otras alteraciones perceptivas (macropsia, micropsia, ilusiones o percepciones erróneas, alteraciones de la percepción del tiempo). Durante los períodos de intoxicación por inhalantes pueden aparecer ideas delirantes (como la creencia de que uno es capaz de volar), sobre todo en los casos de confusión acusada; a veces, estas ideas delirantes pueden conducir al acto y comportar importantes lesiones. También puede aparecer ansiedad. La aspiración repetida de inhalantes de manera episódica suele ir asociada a problemas escolares (p. ej., ausencias, notas bajas, expulsiones de la escuela), así como a problemas familiares. El consumo por parte de adolescentes y adultos jóvenes se suele asociar con problemas sociales o laborales (p. ej., delincuencia, desempleo). Es frecuente que los inhalantes sean tomados por grupos de adolescentes. Su consumo solitario tiende a ser más frecuente en los sujetos que los toman durante mucho tiempo a altas dosis. El consumo de inhalantes como sustancia predominante entre quienes buscan ayuda debido a su dependencia de estas sustancias es poco frecuente, pero los inhalantes pueden ser una segunda droga usada por los individuos con dependencia de otras sustancias. En algunos sujetos hay una progresión hasta un estado en que los inhalantes se convierten en su sustancia predilecta.

Hallazgos de laboratorio. Las pruebas directas para inhalantes se usan poco en el ámbito clínico y generalmente no forman parte de la rutina de detección de drogas de abuso. Los músculos, los riñones, el bazo y otros órganos lesionados pueden resultar indicativos de estas enfermedades patológicas al realizar las pruebas de laboratorio.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Es posible detectar olor de pintura o de disolventes en el aliento o en las ropas de los sujetos que consumen inhalantes, o puede haber residuos de las sustancias en las ropas y/o la piel. Puede ser evidente una «erupción de esnifador de colas» alrededor de la boca y nariz, y también es posible la presencia de irritación conjuntival. Puede haber demostraciones de traumatismos debidos a un comportamiento desinhibido o a quemaduras debidas a la naturaleza inflamable de estos compuestos. Los hallazgos no específicos en el aparato respiratorio incluyen muestras de irritación de las vías superiores o inferiores, que incluyen tos, mucosidad, disnea y afonía. En ocasiones aparece cianosis como resultado de una neumonitis o de asfixia. Puede haber también dolor de cabeza, debilidad general, dolor abdominal, náuseas y vómitos. Los inhalantes pueden causar lesiones tanto al sistema nervioso central como al periférico, lesiones que, por otra parte, pueden ser permanentes. El examen de un sujeto que consume inhalantes de manera crónica puede revelar distintos déficit neurológicos, que incluyen debilidad general y neuropatías periféricas. En sujetos con consumo frecuente y a altas dosis se ha observado atrofia cerebral, degeneración cerebelar y lesiones de la sustancia blanca, que dan lugar a signos en los nervios craneales o en el tracto piramidal. El consumo recurrente puede comportar el desarrollo de hepatitis (que puede evolucionar a cirrosis) o acidosis metabólica consistente con acidosis tubular renal distal. También se han observado insuficiencia renal crónica, síndrome hepatorenal y acidosis tubular renal proximal, así como depresión medular. Algunos inhalantes (p. ej., el cloruro de metileno) pueden ser metabolizados en monóxido de carbono. Puede producirse la muerte por depresión respiratoria o cardiovascular, en concreto «muerte súbita al esnifar», que se debe a una arritmia aguda, a hipoxia o a alteraciones electrolíticas.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Debido a su bajo coste y facilidad de obtención, los inhalantes suelen ser las primeras drogas de experimentación para la gente joven, y puede haber una incidencia mayor entre quienes viven en áreas de depresión económica. El consumo de inhalantes puede empezar entre los 9 y 12 años, llega a su punto máximo en la adolescencia y es menos frecuente después de los 35 años. Los varones constituyen el 70-80 % de las urgencias hospitalarias relacionadas con inhalantes.

Prevalencia

La dependencia y el abuso sólo se dan en una pequeña proporción de los sujetos que consumen inhalantes.

Curso

Puede ser difícil relacionar la dosis de inhalante con sus efectos debido a que los diferentes métodos de administración y las variadas concentraciones de inhalantes en los productos consumidos causan concentraciones altamente variables en el organismo. El curso temporal de la intoxicación por inhalantes se relaciona con las características farmacológicas de la sustancia específica que se toma, pero es normalmente breve, durando de pocos minutos a 1 hora. El inicio del

efecto es rápido, llegando a su máximo unos minutos después de inhalar. Los niños más jóvenes con un diagnóstico de dependencia de inhalantes pueden consumirlos varias veces a la semana, habitualmente los fines de semana y al salir de la escuela. La dependencia grave en adultos puede dar lugar a períodos de intoxicación variables día a día y períodos ocasionales de un consumo mayor, que pueden durar varios días. Este patrón puede mantenerse durante años, con necesidad recurrente de tratamiento. Los sujetos que toman inhalantes pueden tener un grado preferido de intoxicación, y el método de administración (habitualmente esnifar de un contenedor o respirando a través de un trapo empapado en la sustancia) permite al sujeto mantener ese nivel durante varias horas. También se han registrado casos de aparición de dependencia en trabajadores industriales con una larga exposición a inhalantes debido a su trabajo. El trabajador puede empezar a consumir el compuesto por sus efectos psicoactivos y desarrollar subsiguientemente un patrón de dependencia. También es posible que personas que no tienen acceso a otras sustancias (p. ej., prisioneros, personal militar aislado y adolescentes o adultos jóvenes en áreas rurales aisladas) presenten un patrón de consumo que les lleve a la dependencia.

Diagnóstico diferencial

Véase la página 196 para una exposición más general sobre el diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias. Los trastornos inducidos por inhalantes se caracterizan por síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) que se parecen a los de los **trastornos mentales primarios** (p. ej., trastorno depresivo mayor *versus* trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes, con síntomas depresivos, de inicio durante la intoxicación). Véase la página 199 para la exposición de este diagnóstico diferencial.

Los síntomas de una intoxicación ligera o moderada por inhalantes pueden ser similares a los de la **intoxicación por alcohol** y la **intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**. El olor del aliento o los rastros en las ropas pueden ser pistas diferenciales importantes, pero no debe confiarse exclusivamente en ellas. Los sujetos con un consumo crónico de inhalantes acostumbran a tomar otras sustancias y en cantidades abundantes, lo que dificulta el diagnóstico del cuadro clínico. El consumo concomitante de alcohol también dificulta la diferenciación. La historia de la droga tomada y los hallazgos característicos (incluyendo el olor a disolvente o los residuos de pintura) pueden diferenciar la intoxicación por inhalantes de una intoxicación por otras sustancias; además, los síntomas remiten más rápidamente en una intoxicación por inhalantes que en las intoxicaciones por otras sustancias. Su inicio y resolución rápidos también pueden diferenciar la intoxicación por inhalantes de otros trastornos mentales y enfermedades neurológicas. La intoxicación por inhalantes se distingue de **otros trastornos inducidos por inhalantes** (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes, de inicio durante la intoxicación) en que los síntomas de estos últimos trastornos exceden de los que habitualmente se asocian a la intoxicación por inhalantes y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Los trabajadores industriales se ven ocasionalmente **expuestos accidentalmente a productos químicos volátiles** y sufren una intoxicación fisiológica. Debe emplearse la categoría «trastornos relacionados con otras sustancias» para estas exposiciones a tóxicos.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV para la intoxicación por inhalantes son prácticamente iguales, excepto en el hecho de que el DSM-IV contiene algunos síntomas adicionales. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de intoxicación aguda debida al consumo de solventes volátiles.

F18.9 Trastorno relacionado con inhalantes no especificado [292.9]

La categoría trastorno relacionado con inhalantes no especificado se reserva para los trastornos asociados con el consumo de inhalantes que no son clasificables como dependencia de inhalantes, abuso de inhalantes, delirium por intoxicación por inhalantes, demencia persistente inducida por inhalantes, trastorno psicótico inducido por inhalantes, trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes o trastorno de ansiedad inducido por inhalantes.

Trastornos relacionados con nicotina

La dependencia y la abstinencia de nicotina se puede presentar con el consumo de cualquier modalidad de tabaco (cigarrillos, chicles, polvo, pipa y puros) y con la toma de medicamentos (parches y chicle de nicotina). La capacidad relativa de estos productos para provocar dependencia o inducir abstinencia está en función de la rapidez de la vía de administración (fumada, oral o transdérmica) y del contenido en nicotina del producto consumido.

En este apartado se comentan específicamente los trastornos relacionados con la nicotina. La descripción y los criterios diagnósticos ya han sido expuestos en los aspectos más genéricos de la dependencia de sustancias (pág. 182). La descripción de la dependencia de nicotina se hace a continuación. La intoxicación y el abuso de nicotina no se incluyen en el DSM-IV; la intoxicación por nicotina aparece excepcionalmente y no ha sido bien estudiada, y el abuso de nicotina no se observa en ausencia de dependencia. A continuación se exponen también la descripción específica y los criterios diagnósticos para la abstinencia de nicotina. Luego se enumeran los trastornos relacionados con la nicotina.

Trastorno por consumo de nicotina

F17.2x Dependencia de nicotina [305.10] (v. pág. 254)

Trastornos inducidos por nicotina

F17.3 Abstinencia de nicotina [292.0] (v. pág. 255)

F17.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado [292.9] (v. pág. 258)

Trastorno por consumo de nicotina

F17.2x Dependencia de nicotina [305.10]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias (v. pág. 182). Alguno de los criterios diagnósticos generales para la dependencia no se aplican para la nicotina, mientras que otros requieren una mayor explicación. La tolerancia a la nicotina se manifiesta por la ausencia de náuseas, mareo y otros síntomas característicos a pesar del consumo abundante de nicotina o de la disminución del efecto del consumo continuado de la misma cantidad de

nicotina. La interrupción del consumo de nicotina produce un síndrome de abstinencia bien definido que se describe a continuación. Muchos sujetos que consumen nicotina lo hacen para disminuir o evitar los síntomas de abstinencia cuando se despiertan por la mañana o cuando salen de situaciones donde su consumo está prohibido (p. ej., en el trabajo o en el avión). Los sujetos que fuman o los que toman nicotina en sus diversas formas consumen más nicotina y con mayor rapidez de lo que ellos mismos inicialmente deseaban. Aunque más del 80 % de los sujetos que fuman expresan el deseo de dejar de fumar y el 35 % lo intenta cada año, sólo el 5 % lo consigue. La gran cantidad de tiempo que se gasta en el consumo de la sustancia queda muy bien reflejado en el hecho de fumar en cadena. Puesto que se dispone con rapidez y facilidad de la nicotina, al estar legalizada, es raro que se gaste mucho tiempo en obtenerla. Los sujetos pueden no asistir a actividades sociales, laborales recreativas cuando se dan en lugares donde está prohibido fumar. El consumo continuado, a pesar de conocer los problemas médicos que acarrea, constituye un problema sanitario importante (p. ej., un sujeto que sigue fumando a pesar de padecer una enfermedad médica relacionada con el consumo de tabaco, como una bronquitis o una enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Especificaciones

Se aplican las siguientes especificaciones al diagnóstico de dependencia de nicotina y se codifican en el quinto dígito (para más detalles v. pág. 185).

0 Remisión total temprana/remisión parcial temprana

0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida

2 En terapéutica con agonistas

1 En medio controlado

4 Leve/moderado/grave

Especificar si:

Con dependencia fisiológica

Sin dependencia fisiológica

Trastorno inducido por nicotina

F17.3 Abstinencia de nicotina [292.0]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la abstinencia por sustancias (v. pág. 190). La característica esencial de la abstinencia de nicotina es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después de la brusca interrupción del consumo de productos que contienen nicotina tras su consumo diario durante períodos prolongados (Criterios A y B). El síndrome de abstinencia incluye cuatro o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud o impaciencia, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito o aumento de peso. Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio D).

Estos síntomas son debidos en gran parte a la privación de nicotina y son más intensos entre los sujetos que fuman cigarrillos que entre los que consumen otros productos que contienen nicotina. La mayor rapidez de los efectos de la nicotina conduce a estos fumadores a un patrón de

hábito intenso que es más difícil abandonar por la frecuencia y rapidez del refuerzo y por la mayor dependencia física de la nicotina. En sujetos que dejan de fumar la frecuencia cardíaca disminuye 5 a 12 lat./min en los primeros días, y el peso aumenta 2-3 kg el primer año. Con el cambio del consumo de cigarrillos de alto a bajo contenido de nicotina, o al interrumpir el consumo de chicle o de parches de nicotina, pueden aparecer síntomas de abstinencia leves.

■ **Criterios para el diagnóstico de F17.3 Abstinencia de nicotina [292.0]**

- A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.
- B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:
 - (1) estado de ánimo disfórico o depresivo
 - (2) insomnio
 - (3) irritabilidad, frustración o ira
 - (4) ansiedad
 - (5) dificultades de concentración
 - (6) inquietud
 - (7) disminución de la frecuencia cardíaca
 - (8) aumento del apetito o del peso
- C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Información adicional sobre los trastornos relacionados con nicotina

Características y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. La necesidad irresistible (*craving*) es un elemento importante en la abstinencia de nicotina y puede explicar las dificultades de los sujetos para dejar de consumir productos que la contienen. Otros síntomas asociados con la abstinencia de nicotina incluyen el deseo de dulces y de deterioro de actividades que requieren un estado de alerta. Algunos síntomas asociados con la dependencia de nicotina parecen predecir mayores dificultades para interrumpir su uso: fumar al levantarse, fumar cuando se está enfermo, dificultad para dejar de fumar, cuando el primer cigarrillo del día es el más difícil de dejar y fumar más por las mañanas que por la tarde. También se relacionan con la probabilidad de dejar de fumar el número de cigarrillos que se fuman por día, el contenido de nicotina de los cigarrillos y el número de paquetes consumidos por año. La dependencia de nicotina es más frecuente en sujetos con otros trastornos mentales. Dependiendo de la población estudiada, entre el 55 y el 90 % de los sujetos con

otros trastornos mentales fuman en comparación con el 30 % de la población general. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y otros trastornos relacionados con sustancias son más frecuentes entre los fumadores que entre los ex fumadores o en quienes nunca han fumado.

Hallazgos de laboratorio. Los síntomas de abstinencia se asocian a un enlentecimiento del EEG, disminución de los niveles de catecolaminas y cortisol, cambios en los movimientos oculares rápidos (REM), deterioro de las pruebas neuropsicológicas y disminución del metabolismo. Fumar aumenta el metabolismo de muchos medicamentos prescritos para el tratamiento de trastornos mentales y de otras sustancias. Así, al dejar de fumar puede aumentar el nivel plasmático de estos medicamentos y de otras sustancias, llegando a veces a niveles clínicamente significativos. Este efecto no parece relacionado con la nicotina y sí con otros compuestos del tabaco. La nicotina y su metabolito la cotinina puede medirse en la sangre, la saliva y la orina. Los sujetos que fuman presentan también con frecuencia una disminución de las pruebas de función pulmonar y un aumento del volumen corpuscular medio (VCM).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. La abstinencia de nicotina puede asociarse a tos seca o productiva, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito o del peso y a una moderada respuesta ortostática. Los signos más frecuentes de la dependencia de nicotina son el olor del aliento a tabaco, la tos, la existencia de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la piel muy arrugada. Pueden aparecer manchas de tabaco en los dedos, aunque no es frecuente. El consumo de tabaco puede aumentar de forma acusada el riesgo de padecer cáncer de pulmón, cáncer de boca u otros tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, enfermedades obstructivas u otras enfermedades pulmonares, úlceras, complicaciones maternas y fetales y otras enfermedades. Aunque muchos de estos problemas parecen ser causados por carcinógenos y por el monóxido de carbono del humo del tabaco más que por la nicotina, ésta aumenta el riesgo de accidentes cardiovasculares. Los que nunca han fumado, pero están crónicamente expuestos al tabaco, parece que tienen más riesgo de contraer enfermedades como cáncer pulmonar y enfermedades cardíacas.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La prevalencia del hábito de fumar está disminuyendo en los países industrializados, pero aumenta en las áreas en desarrollo. En Estados Unidos la prevalencia es algo más alta en varones que en mujeres; sin embargo, está disminuyendo más rápidamente en varones que en mujeres. En otros países la prevalencia es mucho más alta en varones que en mujeres.

Prevalencia

En Estados Unidos aproximadamente el 45 % de la población nunca ha fumado. El resto de la población se distribuye según los porcentajes siguientes: el 25 % está constituido por ex fumadores, el 30 % por fumadores actuales, el 4 % por fumadores de pipa o puros y el 3 % consume tabaco sin humo. En Estados Unidos la prevalencia de fumar ha ido disminuyendo del 0,7 al 1 % por año aproximadamente. La prevalencia a lo largo de la vida de la dependencia de nicotina se estima en el 20 % de la población general. En Estados Unidos entre el 50 y el 80 % de los fumadores presentan dependencia de nicotina. La prevalencia a lo largo de la vida de la abstinencia de nicotina entre los fumadores se acerca al 50 %. De forma prospectiva, se juzga que cerca del 50 % de los que intentan dejar de fumar por sí mismos y alrededor del 75 % de los que entran en programas de tratamiento experimentan abstinencia de nicotina cuando dejan de fumar.

Curso

Se empieza a fumar habitualmente durante la juventud. La rapidez del desarrollo de la dependencia no está clara. Entre los que continúan fumando después de los 20 años, el 95 % llega a ser fumador habitual y diario. Entre los que dejan el tabaco con éxito, menos del 25 % lo consigue al primer intento. Muchos fumadores han fracasado en 3 o 4 intentos antes de conseguir dejar de fumar. En Estados Unidos, cerca del 45 % de los fumadores eventuales deja de fumar. Los síntomas de abstinencia pueden empezar a las pocas horas de dejar de fumar; el punto máximo se presenta típicamente a los 1-4 días y los síntomas duran 3-4 semanas. Los síntomas depresivos que aparecen al dejar de fumar pueden ser responsables de las recaídas. Se discute si existen otros síntomas de abstinencia que desempeñen un papel destacado en las recaídas. El aumento del apetito y del peso persiste durante 6 meses como mínimo. A los 6 meses de haber dejado de fumar, el 50 % de los fumadores que lo han dejado indica haber tenido deseos de fumar un cigarrillo en las últimas 24 horas.

Patrón familiar

El riesgo de fumar es tres veces mayor entre los familiares de primer grado de los fumadores. Los estudios de gemelos y de adopción indican que hay factores genéticos que contribuyen en el inicio y la continuación de fumar, con un grado de herencia equivalente al observado en la dependencia alcohólica.

Diagnóstico diferencial

Para la exposición general del diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias véase la página 196.

Los síntomas de la abstinencia de nicotina se solapan con los **síndromes de abstinencia de otras sustancias: intoxicación por cafeína; trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y del sueño, y acatisia inducida por medicamentos**. La admisión en unidades de ingreso en las que se prohíbe fumar puede provocar síntomas de abstinencia que imitan, intensifican o se confunden con otros diagnósticos. La disminución de los síntomas asociados con el hecho de volver a fumar o la terapéutica sustitutiva con nicotina confirman el diagnóstico.

Puesto que el consumo de nicotina no parece provocar deterioro de las funciones psíquicas superiores, la dependencia de nicotina no se confunde en realidad con otros trastornos relacionados con sustancias y con otros trastornos mentales.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

DSM-IV y CIE-10 contienen criterios diferentes para el diagnóstico de abstinencia de nicotina: entre los que propone la CIE-10 se encuentran el anhelo (*craving*), malestar, aumento de la tos y ulceraciones bucales, pero no disminución de la frecuencia cardíaca (que sí recoge el DSM-IV). En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de abstinencia de tabaco.

F17.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado [292.9]

La categoría trastorno relacionado con nicotina no especificado se reserva para los trastornos asociados al consumo de nicotina que no se pueden clasificar como dependencia de nicotina o abstinencia de nicotina.

Trastornos relacionados con opiáceos

Los opiáceos incluyen los opiáceos naturales (p. ej., morfina), semisintéticos (p. ej., heroína) y sintéticos con acción similar a la de la morfina (p. ej., codeína, hidromorfona, metadona, oxiconona, meperidina, fentanilo). Medicamentos como la pentazocina y la buprenorfina, que tienen efecto opiáceo agonista y antagonista, también se han incluido en este grupo, puesto que sus propiedades agonistas producen efectos fisiológicos y comportamentales similares. Los opiáceos se prescriben como analgésicos, anestésicos, antidiarreicos o antitusígenos. Una de las drogas de este grupo de la que más se abusa es la heroína, habitualmente por vía intravenosa, aunque también puede fumarse o aspirarse («snorted») cuando se dispone de heroína muy pura. El fentanilo se inyecta, mientras que los antidiarreicos y antitusígenos se toman por vía oral.

En este apartado se comentan específicamente los trastornos relacionados con los opiáceos. La descripción y los criterios diagnósticos han sido ya expuestos al tratar los aspectos generales del abuso (pág. 188) y la dependencia (pág. 182) de sustancias, y son aplicables a cualquiera de ellas. A continuación se describe el abuso y la dependencia de opiáceos, aunque no se añaden criterios diagnósticos adicionales. Se mencionarán luego la descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación y la abstinencia de opiáceos. Los trastornos inducidos por opiáceos (al margen de la intoxicación y la abstinencia) se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten características fenomenológicas (p. ej., el trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos se incluye en la sección «Trastornos del estado de ánimo»). A continuación se detallan los trastornos por consumo de opiáceos y los trastornos inducidos por opiáceos.

Trastornos por consumo de opiáceos

F11.2x Dependencia de opiáceos [304.00] (v. pág. 260)

F11.1 Abuso de opiáceos [305.50] (v. pág. 260)

Trastornos inducidos por opiáceos

F11.00 Intoxicación por opiáceos [292.89] (v. pág. 260)

[Para CIE-9-MC *especificar si*: Con alteraciones perceptivas]

F11.04 Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas

F11.3 Abstinencia de opiáceos [292.0] (v. pág. 262)

F11.03 Delirium por intoxicación por opiáceos [292.81] (v. pág. 135)

F11.51 Trastorno psicótico inducido por opiáceos, con ideas delirantes [292.11] (v. página 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F11.52 Trastorno psicótico inducido por opiáceos, con alucinaciones [292.12] (v. pág. 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F11.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos [292.84] (v. pág. 379)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F11.8 Trastorno sexual inducido por opiáceos [292.89] (v. pág. 532)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

F11.8 Trastorno del sueño inducido por opiáceos [292.89] (v. pág. 617)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia

F11.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado [292.9] (v. pág. 266)

Trastornos por consumo de opiáceos

F11.2x Dependencia de opiáceos [304.00]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias (v. página 182). Muchos sujetos con dependencia de opiáceos presentan niveles altos de tolerancia y experimentan abstinencia al interrumpir brusamente el consumo de opiáceos. La dependencia de opiáceos incluye signos y síntomas que reflejan la compulsiva y prolongada autoadministración de opiáceos consumidos con finalidades no médicas, o, si hay una enfermedad médica que requiere tratamiento con opiáceos, éstos se utilizan a dosis mayores de las requeridas para aliviar el dolor. Los sujetos con dependencia de opiáceos tienden a presentar patrones compulsivos en el consumo de la droga y toda su actividad está dirigida hacia su obtención y administración. Los opiáceos son habitualmente adquiridos en el mercado ilegal pero también pueden obtenerse por prescripción médica, exagerando las dolencias o problemas, o a través de prescripciones simultáneas de varios médicos. Los profesionales de la salud obtienen a menudo los opiáceos por auto-prescripción o a través de recetas de otros pacientes o en la farmacia.

Especificaciones

Las siguientes especificaciones pueden aplicarse al diagnóstico de dependencia de opiáceos (v. pág. 185 para más detalles):

- 0 Remisión total temprana/remisión parcial temprana**
- 0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida**
- 2 En terapéutica con agonistas**
- 1 En entorno controlado**
- 4 Leve/moderado/grave**

Especificar si:

- Con dependencia fisiológica**
- Sin dependencia fisiológica**

F11.1 Abuso de opiáceos [305.50]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias (v. página 188). Pueden derivarse problemas legales por acciones cometidas por un individuo mientras está intoxicado por opiáceos o por el hecho de obtener las drogas por vías ilegales. Las personas que abusan de opiáceos suelen consumir estas drogas mucho menos que los que presentan dependencia y no desarrollan tolerancia ni abstinencia relevantes. Cuando el consumo de opiáceos se acompaña de tolerancia, abstinencia o comportamiento impulsivo, debe considerarse el diagnóstico de dependencia de opiáceos.

Trastornos inducidos por los opiáceos

F11.00 Intoxicación por opiáceos [292.89]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación por sustancias (v. pág. 189). La característica esencial de la intoxicación por opiáceos es la presencia de cambios

psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio o deterioro de la actividad social y laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos (Criterios A y B). La intoxicación se acompaña de constricción pupilar (a no ser que se produzca una sobredosis grave, con la consecuente anoxia y dilatación pupilar) y uno o más de los siguientes signos: somnolencia (cabezadas) o incluso coma, lenguaje farfullante, disartria y disminución de la memoria y de la atención (Criterio C). Los sujetos con intoxicación por opiáceos pueden presentar falta de atención a su entorno, hasta el punto de ignorar acontecimientos potencialmente peligrosos. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio D).

La importancia de las alteraciones comportamentales y psicológicas resultantes del consumo de opiáceos depende de las dosis y de las características del sujeto (p. ej., tolerancia, grado de absorción, cronicidad del consumo). Los síntomas de la intoxicación por opiáceos se prolongan habitualmente durante unas horas, de acuerdo con el tiempo de vida media de la mayoría de los opiáceos. La intoxicación grave por una sobredosis de opiáceos puede conducir al coma, depresión respiratoria, midriasis e incluso a la muerte.

F11.04 Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas. Este diagnóstico puede realizarse cuando los criterios coinciden con intoxicación por opiáceos y aparecen en ausencia de delirium, alucinaciones con juicio de realidad intacto o ilusiones auditivas, visuales o táctiles. *Juicio de realidad intacto* quiere decir que la persona es consciente de que las alucinaciones están producidas por la sustancia y no son la representación de una realidad externa. Cuando las alucinaciones aparecen sin juicio de realidad intacto, debe considerarse el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias, con alucinaciones.

■ Criterios para el diagnóstico de F11.00 Intoxicación por opiáceos [292.89]

- A. Consumo reciente de un opiáceo.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio, o deterioro social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos.
- C. Miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave) y uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos:
 - (1) somnolencia o coma
 - (2) lenguaje farfullante
 - (3) deterioro de la atención o de la memoria
- D. Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Nota de codificación: Codificar F11.04 si con alteraciones perceptivas

[Para CIE-9-MC *especificar si:* **con alteraciones específicas**]

F11.3 Abstinencia de opiáceos [292.0]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias (v. pág. 190). La característica esencial de la abstinencia de opiáceos es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se presenta tras la interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado de opiáceos (Criterio A1). El síndrome de abstinencia también puede ser provocado por la administración de un antagonista opiáceo (p. ej., naloxona o naltrexona) tras un período de consumo de opiáceos (Criterio A2). La abstinencia de opiáceos se caracteriza por un patrón de signos y síntomas contrarios a los efectos agonistas agudos. Los primeros de éstos son subjetivos y consisten en síntomas de ansiedad, inquietud y sensación de dolor que con frecuencia se localiza en la espalda y las piernas, acompañados de una necesidad irresistible de obtener opiáceos (*craving*) y un comportamiento de búsqueda de droga, además de irritabilidad y mayor sensibilidad al dolor. Debe haber tres o más de los siguientes síntomas para establecer el diagnóstico de abstinencia de opiáceos: humor disfórico; náuseas o vómitos; dolores musculares; lagrimeo o rinorrea; midriasis, piloerección o aumento de la sudoración; diarrea; bostezos; fiebre, e insomnio (Criterio B). La piloerección y la fiebre se asocian a la abstinencia grave, y no se observan con frecuencia en la práctica clínica, dado que los pacientes con dependencia de opiáceos suelen obtener las sustancias antes de que la abstinencia esté tan avanzada. Estos síntomas de abstinencia de opiáceos deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio D).

En la mayoría de los sujetos que son dependientes de drogas de acción corta como la heroína, los síntomas de abstinencia aparecen entre las 6 y las 24 horas después de la última dosis. En el caso de drogas de acción más prolongada como la metadona o el LAAM (1-alfa-acetilmetadol), los síntomas pueden tardar 2-4 días en aparecer. Los síntomas agudos de la abstinencia de opiáceos de acción corta como la heroína habitualmente alcanzan un máximo entre 1 y 3 días, remitiendo gradualmente en un período de 5-7 días. Los síntomas de abstinencia menos aguda pueden prolongarse durante semanas o meses. Estos síntomas más crónicos incluyen ansiedad, disforia, anhedonía, insomnio y anhelo de droga (*craving*).

■ Criterios para el diagnóstico de F11.3 Abstinencia de opiáceos [292.0]

A. alguna de las siguientes posibilidades:

- (1) interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) de opiáceos
- (2) administración de un antagonista opiáceo después de un período de consumo de opiáceos

B. Tres (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen de pocos minutos a varios días después del Criterio A:

- (1) humor disfórico
- (2) náuseas o vómitos

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F11.3 Abstinencia de opiáceos [292.0] (continuación)

- (3) dolores musculares
 - (4) lagrimeo o rinorrea
 - (5) dilatación pupilar, piloerección o sudoración
 - (6) diarrea
 - (7) bostezos
 - (8) fiebre
 - (9) insomnio
- C. Los síntomas del Criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Otros trastornos inducidos por opiáceos

Los siguientes trastornos inducidos por opiáceos están descritos en las secciones de este manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten características fenomenológicas: **delirium por intoxicación por opiáceos** (pág. 135), **trastorno psicótico inducido por opiáceos** (página 317), **trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos** (pág. 379), **trastorno sexual inducido por opiáceos** (pág. 532) y **trastorno del sueño inducido por opiáceos** (pág. 617). Estos trastornos se diagnostican en lugar de intoxicación por abstinencia de opiáceos sólo cuando los síntomas exceden de los que habitualmente se asocian con el síndrome de intoxicación por abstinencia de opiáceos y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Información adicional sobre los trastornos relacionados con opiáceos

Características y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. La dependencia de opiáceos normalmente va asociada a una historia de delitos relacionados con las drogas (p. ej., posesión o tráfico de drogas, falsificación, robo, estafa, latrocinio o posesión de objetos robados). Entre los profesionales de la salud y otros sujetos con fácil acceso a sustancias controladas se encuentra con frecuencia un patrón de actividades ilegales distinto, relacionadas con los comités estatales de licencias o permisos, con el personal de los hospitales o con otros estamentos de la administración. Independientemente del nivel socioeconómico, el divorcio, el paro laboral y las actividades laborales irregulares se suelen asociar a la dependencia de opiáceos.

Para muchos sujetos, el efecto que produce el primer consumo de un opiáceo es la disforia, más que la euforia. También puede provocar náuseas o vómitos. Los individuos con dependencia de opiáceos están especialmente predispuestos a presentar síntomas depresivos de breve duración y episodios depresivos leves a moderados, que cumplen criterios de trastorno depresivo mayor,

tanto en lo que concierne al tipo síntomas como a la duración. Estos síntomas reflejan un trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos (v. pág. 379) o la exacerbación de un trastorno depresivo primario previo. Los períodos de depresión son especialmente frecuentes durante la intoxicación crónica, o pueden ir asociados al estrés psicosocial relacionado con la dependencia de opiáceos. El insomnio es frecuente, especialmente durante la abstinencia. El trastorno antisocial de la personalidad es mucho más frecuente en sujetos con dependencia de opiáceos que en la población general. El trastorno por estrés posttraumático también es más frecuente. Una historia de trastorno disocial en la infancia o adolescencia parece ser un factor de riesgo relevante para la aparición de trastornos relacionados con sustancias, especialmente en el caso de la dependencia de opiáceos.

Hallazgos de laboratorio. Las determinaciones de tóxicos en la orina son con frecuencia positivas para opiáceos en los sujetos con dependencia de opiáceos. Los análisis de orina se mantienen positivos para la mayoría de los opiáceos durante 12-36 horas después de su administración. Los opiáceos de vida media larga (p. ej., metadona o LAAM) pueden ser detectados en la orina al cabo de varios días. El fentanilo no es determinable en análisis de orina estándar, pero se detecta mediante procedimientos más específicos. Es frecuente el hallazgo de laboratorio de la presencia de otras sustancias (p. ej., cocaína, marihuana, alcohol, anfetaminas, benzodiazepinas). La detección de hepatitis suele ser positiva tanto para el antígeno de la hepatitis (que indica la presencia de una infección activa), como para el anticuerpo (que evidencia una infección antigua). Es frecuente una alteración ligera de las pruebas de función hepática como resultado de una hepatitis o de una lesión tóxica del hígado causada por los contaminantes mezclados con los opiáceos que se han inyectado. Se han observado cambios sutiles de los patrones de la secreción de cortisol y de la regulación de la temperatura corporal incluso 6 meses después de la desintoxicación de opiáceos.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. El uso agudo y crónico de opiáceos se asocia a una pérdida de las secreciones, que dan lugar a nariz y boca secas, entumecimiento de la actividad gastrointestinal y estreñimiento. La agudeza visual puede disminuir como resultado de una constricción pupilar. En sujetos que consumen opiáceos por vía intravenosa son frecuentes las venas esclerosadas y las marcas de las punciones en las zonas distales de las extremidades superiores. En ocasiones las venas se esclerosan de tal modo que se desarrolla un edema a su alrededor, y los sujetos cambian el lugar de punción a las venas de las piernas, cuello o ingles. Cuando no pueden usar estas venas, con frecuencia se inyectan directamente en el tejido subcutáneo («*skin-popping*»), provocando celulitis, abscesos y, después de la curación de las lesiones de la piel, cicatrices redondeadas. El tétanos es una consecuencia relativamente rara, pero muy grave de la inyección de opiáceos. Las infecciones también aparecen en otros órganos y comprenden endocarditis bacteriana, hepatitis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La tuberculosis es un problema particularmente serio entre los consumidores de drogas por vía intravenosa, especialmente en los adictos a la heroína. La infección por el bacilo de la tuberculosis suele ser asintomática y sólo se advierte por la presencia del test de tuberculina positivo. Sin embargo, se han encontrado muchos casos de tuberculosis activa, sobre todo en pacientes infectados por el VIH. Estos pacientes suelen padecer una nueva infección, pero también están predispuestos a presentar una reactivación de una infección previa debido a la alteración del sistema inmunitario. (*continúa*)

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Desde los años veinte, en Estados Unidos, los miembros de grupos minoritarios que viven en áreas económicamente marginales, han sido un grupo cuantitativamente importante dentro de los

dependientes de opiáceos. Sin embargo, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX la dependencia de opiáceos era más frecuente en sujetos de raza blanca y de clase media. Este hecho sugiere que las diferencias en el consumo de drogas reflejan su disponibilidad en la sociedad, así como de otros factores sociales. Los profesionales sanitarios que tienen un fácil acceso a los opiáceos presentan un mayor riesgo de abuso y dependencia.

La edad avanzada parece asociada al descenso de la prevalencia. Esta tendencia de la dependencia a remitir se inicia generalmente a partir de los 40 años y se ha llamado «*maturing out*». Sin embargo, muchas personas permanecen dependientes de opiáceos durante 10 años o más. Los varones se afectan con más frecuencia, con una proporción varón a mujer de 3 o 4:1.

Prevalencia

En un estudio comunitario realizado en Estados Unidos en 1991, un 6 % de la muestra nunca había tomado analgésicos con fines no médicos; un 3,5 % los había consumido en el último año; y un 0,7 % los había consumido en el último mes. El estudio también informaba de que un 1,3 % había consumido heroína a lo largo de su vida y un 0,2 % la había consumido en el último año (no se informó del uso en el último mes). Puesto que el estudio investigaba más bien patrones de consumo que diagnósticos, no sabemos cuántos de los que consumían analgésicos o heroína cumplían el criterio de dependencia o abuso. En un estudio comunitario realizado en Estados Unidos entre 1980 y 1985 con criterios DSM-III, se encontró que un 0,7 % de la población adulta presentaba dependencia o abuso de opiáceos en algún momento de su vida. Entre los que presentaban abuso o dependencia, un 18 % reconoció haber consumido en el último mes y un 42 % reconoció haber tenido algún problema con los opiáceos durante el último año.

Curso

La dependencia de opiáceos puede iniciarse a cualquier edad, pero los problemas derivados de su consumo se observan habitualmente por primera vez al final de la segunda década o al principio de la tercera. Una vez instaurada la dependencia, generalmente continúa durante muchos años, si bien son frecuentes breves períodos de abstinencia. La recaída después de la abstinencia es frecuente, incluso después de muchos años de confinamiento. En el personal de servicio que inició la dependencia de opiáceos en Vietnam se observó una excepción al curso crónico típico de la dependencia. Al regresar a Estados Unidos, menos del 10 % de quienes habían sido dependientes presentó recaídas, aunque se apreció una mayor incidencia de dependencia de alcohol o anfetaminas. Se dispone de pocos datos referentes al curso del abuso de opiáceos.

Patrón familiar

Las familias de individuos con dependencia de opiáceos están predispuestas a presentar con mayor frecuencia alteraciones psicopatológicas, especialmente un aumento de la incidencia de trastornos relacionados con otras sustancias y trastorno antisocial de la personalidad.

Diagnóstico diferencial

Véase en la página 196 un comentario más amplio sobre el diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias. Los trastornos inducidos por opiáceos pueden estar caracteri-

zados por síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) que semejan **trastornos mentales primarios** (p. ej., distimia *versus* trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos, con características depresivas, de inicio durante la intoxicación). Véase en la página 199 la exposición de este diagnóstico diferencial. Los opiáceos producen síntomas de trastorno mental con menor frecuencia que la mayoría de las otras drogas de abuso y, en algunas ocasiones, incluso reducen dichos síntomas. En estos casos, los síntomas o trastornos mentales pueden aparecer al interrumpir el consumo de opiáceos.

La **intoxicación por alcohol** y la **intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** pueden generar un cuadro clínico que se parece a la intoxicación por opiáceos. El diagnóstico de la intoxicación por alcohol o la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos habitualmente se realiza en base a la ausencia de constricción pupilar o a una falta de respuesta a la prueba de naloxona. En ocasiones, la intoxicación se debe a opiáceos y alcohol u otros sedantes conjuntamente. En estos casos, la prueba de la naloxona no revierte completamente todos los efectos sedantes. La ansiedad y la inquietud asociadas a la abstinencia de opiáceos se parecen a los síntomas observados en la **abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**. Sin embargo, la abstinencia de opiáceos se acompaña también de rinorrea, lagrimeo y dilatación pupilar, ausentes en la abstinencia de sedantes. También se aprecian las pupilas dilatadas en la **intoxicación por alucinógenos, intoxicación por amfetamina e intoxicación por cocaína**. Sin embargo, faltan otros signos o síntomas de la abstinencia de opiáceos como náuseas, vómitos, diarrea, retortijones, rinorrea o lagrimeo. La intoxicación y la abstinencia de opiáceos se distinguen de **otros trastornos inducidos por opiáceos** (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos, de inicio durante la intoxicación en que en estos últimos trastornos los síntomas exceden de los que habitualmente se asocian a la intoxicación o abstinencia de opiáceos y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente).

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV para la intoxicación por opiáceos son prácticamente iguales. No obstante, la lista de síntomas de DSM-IV y CIE-10 para la abstinencia de opiáceos muestra algunas diferencias: la de la CIE-10 comprende el anhelo (*craving*), arcadas abdominales y taquicardia, pero no así fiebre ni estado de ánimo disfórico (que sí los incluye el DSM-IV).

F11.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado [292.9]

La categoría trastorno relacionado con los opiáceos no especificado se reserva para trastornos asociados con el consumo de opiáceos no clasificables como dependencia de opiáceos, abuso de opiáceos, intoxicación por opiáceos, abstinencia de opiáceos, delirium por intoxicación por opiáceos, trastorno psicótico inducido por opiáceos, trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos, disfunción sexual inducida por opiáceos o trastorno del sueño inducido por opiáceos.

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Las sustancias sedantes, hipnóticas y ansiolíticas (antiansiedad) incluyen las benzodiazepinas, los carbamatos (p. ej., glutetimida, meprobamato), los barbitúricos (p. ej., secobarbital) y los hipnóticos afines a los barbitúricos (p. ej., glutetimida, metacualona). Esta clase de sustancias inclu-

yen todos los medicamentos prescritos para dormir y casi todos los medicamentos antiansiedad (ansiolíticos). No se incluyen dentro de esta clase los agentes ansiolíticos no benzodiacepínicos (p. ej., buspirona, gepirona). Algunos medicamentos de esta clase tienen otros usos clínicos importantes (p. ej., como anticonvulsivantes). Como el alcohol, estos agentes son depresores del sistema nervioso central y producen trastornos similares, tanto por consumo de sustancias como inducidos por sustancias. A dosis altas, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos pueden ser mortales, en especial cuando se mezclan con alcohol; puede disponer de ellos tanto bajo prescripción médica como en el mercado ilegal. Los sujetos que obtienen estas sustancias por prescripción abusan de ellas ocasionalmente; en cambio, quienes las adquieren «en la calle» no suelen desarrollar dependencia o abuso. Los medicamentos de acción rápida y los de acción corta o intermedia pueden ser fácilmente productos de abuso.

En este apartado se comentan específicamente los trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La descripción y los criterios diagnósticos ya han sido expuestos en los aspectos genéricos de la dependencia de sustancias (pág. 182) y el abuso de sustancias (pág. 188). Las descripciones específicas para la dependencia de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos se hacen a continuación, aunque no hay criterios diagnósticos adicionales para la dependencia o el abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Luego, se expondrán también la descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación o abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (al margen de la intoxicación y la abstinencia) se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten características fenomenológicas (p. ej., los trastornos de ansiedad inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se incluyen en la sección «Trastornos de ansiedad»). Se enumeran a continuación los trastornos por consumo o inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.2 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [304.10] (v. pág. 268)

F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [305.40] (v. pág. 269)

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89] (v. pág. 269)

F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.0] (v. pág. 270)

Especificar si: Con alteraciones perceptivas

F13.03 Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.81](v. pág. 135)

F13.4 Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.81] (v. pág. 135)

F13.73 Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.82]
(v. pág. 159)

F13.6 Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.83] (v. pág. 167)

F13.51 Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con ideas delirantes [292.11] (v. pág. 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia

F13.52 Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alucinaciones [292.12] (v. pág. 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia

F13.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.84] (v. pág. 379)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia

- F13.8 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]** (v. página 451)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia
- F13.8 Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]** (v. página 532)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación
- F13.8 Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]** (v. pág. 617)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia
- F13.9 Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado [292.9]** (v. pág. 275)

Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.2x Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [304.10]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias (v. pág. 182). Pueden presentarse niveles muy significativos de dependencia fisiológica tanto para la tolerancia como para la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La gravedad de los síntomas de abstinencia y su presentación difieren en función de las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de las sustancias. Por ejemplo, la abstinencia de sustancias de acción corta con absorción rápida y que no tienen metabolitos activos (p. ej., triazolam) puede empezar horas después de haber interrumpido su uso; la abstinencia de sustancias con metabolitos de acción prolongada (p. ej., diazepam) puede tardar 1-2 días o más en producirse. El síndrome de abstinencia producido por sustancias de esta clase se caracteriza por la aparición de un delirium que puede amenazar la vida. Puede haber demostración de clara tolerancia y abstinencia en ausencia de diagnóstico de dependencia de sustancias en un sujeto que ha dejado de forma brusca las benzodiazepinas prescritas a dosis terapéuticas, tras haberlas estado tomando durante mucho tiempo. El diagnóstico de dependencia de sustancias debe establecerse sólo cuando además de haber dependencia fisiológica, el sujeto presenta una amplia gama de problemas (p. ej., un sujeto con un comportamiento de búsqueda de la droga que interfiere sus actividades).

Especificaciones

Se aplican las especificaciones de curso al diagnóstico de dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y se codifican en el quinto dígito (v. pág. 185 para más detalles):

- 0 Remisión total temprana/remisión parcial temprana**
- 0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida**
- 2 En terapéutica con agonistas**
- 1 En entorno controlado**
- 4 Leve/moderado/grave**

Especificar si:

- Con dependencia fisiológica**
- Sin dependencia fisiológica**

F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [305.40]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias (v. página 188). El abuso de sustancias de esta clase puede aparecer por sí mismo o en conjunción con otras sustancias. Por ejemplo, los sujetos pueden consumir dosis intoxicantes de sedantes o benzodicepinas para «bajar» de la cocaína o anfetaminas, o tomar dosis altas de benzodicepinas en combinación con metadona para «modular» sus efectos. El abuso de esta clase de sustancias puede dar lugar a situaciones peligrosas, como conducir bajo su efecto. Los sujetos dejan de cumplir sus actividades laborales o escolares como resultado de la intoxicación, o discuten con la esposa o los familiares a raíz de episodios de consumo de la sustancia. Cuando estos problemas se acompañan de evidencias de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, debe considerarse el diagnóstico de dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos para la intoxicación por sustancias (v. pág. 189). La característica esencial de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es la presencia de cambios fisiológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (Criterios A y B). Estos comportamientos, como sucede con otros depresores del sistema nervioso central, pueden acompañarse de lenguaje farfullante, marcha inestable, nistagmo, problemas de memoria o atención, niveles de incoordinación que pueden interferir la conducción o actividades en las que se pueden producir accidentes y estupor o coma (Criterio C). El síntoma predominante de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es el deterioro de la memoria que, con frecuencia, se presenta como una amnesia anterógrada muy parecida a los fallos de memoria de los alcohólicos (*blackouts*). Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio D). La intoxicación puede aparecer en sujetos que están tomando estas sustancias por prescripción médica, a sugerencia de amigos o familiares o que las toman deliberadamente para intoxicarse.

■ Criterios para el diagnóstico de F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]

- A. Consumo reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o comportamiento agresivo, labilidad del estado de ánimo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89] (continuación)

actividad laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

- C. Uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
- (1) lenguaje farfullante
 - (2) incoordinación
 - (3) marcha inestable
 - (4) nistagmo
 - (5) deterioro de la atención o de la memoria
 - (6) estupor o coma
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.0]

Véanse también la descripción y los criterios diagnósticos de la abstinencia de sustancias (v. pág. 190). La característica esencial de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es la presencia de un síndrome que aparece después del cese o la disminución del consumo al cabo de algunas semanas de uso regular (Criterios A y B). Este síndrome de abstinencia se caracteriza por dos o más síntomas (como en la abstinencia de alcohol) que incluyen hiperactividad autonómica (p. ej., aumentos de la frecuencia cardíaca, de la frecuencia respiratoria, de la tensión arterial, de la temperatura y sudoración); temblor de manos; insomnio, ansiedad y náuseas que se acompañan a veces de vómitos, y agitación psicomotora. En el 20-30 % de los sujetos pueden aparecer crisis comiciales de gran mal si no se tratan los síntomas de abstinencia. En la abstinencia grave aparecen alucinaciones visuales, táctiles, auditivas o ilusiones. Si el juicio de realidad del sujeto está intacto (p. ej., sabe la sustancia que le provoca las alucinaciones) y las ilusiones aparecen en el contexto de una conciencia lúcida, debe anotarse el especificador con alteraciones perceptivas (v. después). Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., abstinencia de alcohol o trastorno de ansiedad generalizada) (Criterio D). El alivio de los síntomas de abstinencia con la administración de algún sedante, hipnótico o ansiolítico confirmará el diagnóstico de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

El síndrome de abstinencia se caracteriza por signos y síntomas que son generalmente opuestos a los que aparecen la primera vez que se consumen estas sustancias. El curso del síndrome de abstinencia se puede predecir en función de la vida media de las sustancias. Los medicamentos que tardan en actuar 10 horas o menos (p. ej., loracepam, oxacepam y temacepam) producen síntomas de abstinencia a las 6-8 horas de la disminución de sus niveles plasmáticos, alcanzando mayor intensidad al segundo día y mejorando de forma acusada al cuarto o quinto días. Para las sustancias con una vida media más prolongada (p. ej., diacepam) los síntomas no aparecen hasta

transcurrida más de 1 semana, alcanzan su intensidad máxima durante la segunda semana y disminuyen acusadamente durante la tercera o cuarta semanas. Puede haber síntomas a largo plazo de mucha menor intensidad y que persistan durante algunos meses. Como sucede con el alcohol, estos síntomas de abstinencia limitados (p. ej., ansiedad, depresión leve y trastornos del sueño) pueden ser confundidos con trastornos de ansiedad o depresivos no inducidos por sustancias (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada). El síndrome de abstinencia será más grave en función de la cantidad de tiempo que se ha consumido la sustancia y de las dosis en que se tomó. Sin embargo, se ha observado abstinencia con dosis bajas de 15 mg de diazepam (o su equivalente para otras benzodiazepinas) tomada diariamente durante algunos meses. Dosis de 40 mg de diazepam (o equivalentes), tomadas diariamente, es más probable que provoquen síntomas de abstinencia clínicamente significativos, e incluso dosis más altas (p. ej., 100 mg de diazepam) pueden producir crisis comiciales o delirium. El delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (v. pág. 135) se caracteriza por alteraciones de la conciencia y de las funciones psíquicas básicas, con alucinaciones visuales, táctiles o auditivas. Cuando aparezca este delirium debe diagnosticarse en lugar de abstinencia.

Especificación

Al diagnóstico de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se puede aplicar la siguiente especificación:

Con alteraciones perceptivas. Esta especificación debe anotarse cuando, en ausencia de delirium, aparecen alucinaciones visuales, táctiles o auditivas, con juicio de realidad intacto. *Juicio de realidad intacto* quiere decir que la persona es consciente de que las alucinaciones están producidas por la sustancia y no son la representación de una realidad externa. Cuando las alucinaciones aparecen en ausencia de juicio de realidad intacto, debe considerarse el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias, con alucinaciones.

■ Criterios para el diagnóstico de F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.0]

- A. Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- B. Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen entre algunas horas o días después del Criterio A:
 - (1) hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
 - (2) aumento del temblor de manos
 - (3) insomnio
 - (4) náuseas o vómitos
 - (5) alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 - (6) agitación psicomotora
 - (7) ansiedad
 - (8) crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.0] (continuación)

- C. Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar si: **Con alteraciones perceptivas**

Otros trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Los siguientes trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se describen en las secciones del manual que tratan sobre trastornos con los que comparten características fenomenológicas: **delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** (pág. 135), **delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** (pág. 135), **demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** (pág. 159), **trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** (pág. 167), **trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** (pág. 317), **trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** (pág. 379), **trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** (pág. 451), **trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** (pág. 532), **trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** (pág. 617). Estos trastornos se diagnostican en lugar de la intoxicación o abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos sólo cuando los síntomas exceden de los que habitualmente se asocian con el síndrome de intoxicación o abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y son de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Información adicional sobre los trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Características y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. La dependencia o el abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos puede asociarse con frecuencia a la dependencia o al abuso de otras sustancias (p. ej., alcohol, *Cannabis*, cocaína, heroína, anfetaminas). Los sedantes se toman a menudo para aliviar los efectos indeseables de estas otras sustancias. La intoxicación aguda puede dar lugar a lesiones accidentales por caídas y a accidentes de tráfico. En los sujetos de edad avanzada el consumo a corto plazo de sedantes a las dosis prescritas se asocia a un mayor riesgo de problemas cognoscitivos y caídas. Algunos datos indican que los efectos desinhibidores de estos agentes favorecen comportamientos abiertamente agresivos, con los consiguientes problemas interpersonales y legales. La intoxicación grave y repetida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos puede asociarse a depresiones graves que, aunque temporales, pueden ser tan intensas que con-

duzcan a intentos de suicidio e incluso al suicidio consumado. Pueden aparecer intoxicaciones por sobredosis accidentales o deliberadas semejantes a las observadas en el abuso o dependencia alcohólica o en intoxicación por alcohol repetitiva. En contraste con su amplio margen de seguridad cuando se toman solas, las benzodiacepinas tomadas en combinación con alcohol son particularmente peligrosas, y se han observado sobredosificaciones accidentales, que también se han descrito en sujetos que abusan deliberadamente de barbitúricos y de otros sedantes no benzodiacepínicos (p. ej., metacualona). La tolerancia a los efectos sedantes se produce con el consumo repetido para conseguir euforia, a dosis progresivamente más altas. Sin embargo, la tolerancia a los efectos depresores cerebrales se establece mucho más lentamente y, como la persona aumenta las dosis de la sustancia para conseguir la euforia, puede iniciarse una depresión respiratoria súbita y una hipotensión que pueden producir la muerte. Cuando las sustancias se obtienen ilegalmente el trastorno antisocial de la personalidad o el de comportamiento antisocial se asocian a la dependencia o el abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Hallazgos de laboratorio. Casi todas estas sustancias se identifican a través de determinaciones en la orina o la sangre (que pueden cuantificar la cantidad de sustancia presente en el organismo). Los análisis de orina son positivos transcurrida más de 1 semana del consumo de sustancias de acción prolongada (p. ej., fluracepam).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Es probable que la exploración física revele la existencia de una leve disminución de la actividad del sistema nervioso autónomo, que incluye lentificación del pulso, una débil disminución de la frecuencia respiratoria y un leve descenso de la tensión arterial (que aparece con más probabilidad con los cambios de posición). La sobredosis de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos puede asociarse con un deterioro de los signos vitales, y ésta puede ser la señal de la eclosión de una urgencia médica (p. ej., paro respiratorio por barbitúricos). Puede haber consecuencias traumáticas de accidentes que aparecen durante la intoxicación (p. ej., hematoma subdural). El consumo intravenoso de estas sustancias puede dar lugar a complicaciones médicas relacionadas con el uso de agujas contaminadas (p. ej., hepatitis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]).

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Hay acusadas variaciones en los patrones de prescripción (y disponibilidad) de esta clase de sustancias en los distintos países, lo que determina variaciones en la prevalencia de los trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La intoxicación deliberada para estar eufórico es más probable en los adolescentes y en sujetos en la veintena. La abstinencia, la dependencia y el abuso se observa en sujetos de 40 años y mayores que han aumentado (escalado) las dosis de medicamentos prescritos. Tanto los efectos crónicos como agudos de estas sustancias, especialmente los efectos sobre las funciones cognoscitivas, la memoria y la coordinación motora, aumentan probablemente con la edad como consecuencia de los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos relacionados con ella. Los sujetos afectados de demencia es más probable que presenten intoxicación y deterioro de la actividad fisiológica a dosis bajas. Las mujeres tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias prescritas.

Prevalencia

En Estados Unidos se prescriben durante la hospitalización medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a más del 90 % de los sujetos hospitalizados por enfermedades médicas o

quirúrgicas, y más del 15 % de los adultos americanos toma estos medicamentos (habitualmente por prescripción) durante 1 año. Muchos de estos sujetos toman los medicamentos tal como se los han prescrito y no los consumen incorrectamente. Entre los medicamentos de esta clase, los más consumidos son las benzodiacepinas: el 10 % de los adultos las ha tomado durante 1 mes como mínimo en el transcurso del año anterior. Una encuesta comunitaria realizada en Estados Unidos en 1991 encontró que cerca del 4 % de la muestra de la población había tomado sedantes con finalidad no médica: aproximadamente el 1 % los usó en el último año y un 0,4 % en el último mes. En cuanto a los ansiolíticos, alrededor del 6 % de la población los ha consumido con finalidad no médica, casi el 2 % los tomó en el último año y un 0,5 % en el último mes. Debido a que la encuesta valoraba los patrones de consumo y no los diagnósticos, no se sabe cuántos de los que toman estas sustancias tenían síntomas que cumplieran los criterios diagnósticos para dependencia o abuso. Un estudio comunitario realizado en Estados Unidos entre 1980 y 1985, que utilizaba los criterios del DSM-III-R, encontró que el 1,1 % de la población encuestada cumplía criterios diagnósticos para el abuso o la dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos alguna vez en su vida.

Curso

El curso más habitual implica a jóvenes alrededor de los 20 años, que proceden a la escalada del consumo recreativo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, hasta el punto de desarrollar problemas que pueden diagnosticarse de dependencia o abuso. Este patrón es habitual entre sujetos que presentan otros trastornos por consumo de sustancias (p. ej., relacionados con alcohol, opiáceos, cocaína, anfetamina). El patrón inicial de consumo intermitente puede llevar al consumo diario y a altos niveles de tolerancia: una vez aparece ésta, cabe esperar consecutivos aumentos de problemas interpersonales, laborales y legales, así como episodios graves de deterioro de la memoria y abstinencia fisiológica.

Otro curso menos frecuente es el que empieza en un sujeto que obtiene al principio el medicamento por prescripción facultativa, habitualmente para la ansiedad, el insomnio u otros tipos de síntomas somáticos. Aunque la gran mayoría de los que han recibido estos medicamentos por prescripción no presentan problemas, una pequeña proporción sí los tiene, desarrollando tolerancia o necesidad de mayores dosis del medicamento, con un gradual aumento de la frecuencia de autoadministración, cada vez a dosis más altas. El sujeto justifica su consumo en base a los síntomas iniciales de ansiedad o insomnio, llegando a predominar el comportamiento de búsqueda de la sustancia que lleva al sujeto a proveerse, a través de varios médicos, de la cantidad de medicamento suplementario suficiente. La tolerancia puede ir aumentando y dar lugar a abstinencia (incluyendo crisis comiciales y delirium por abstinencia). Otros sujetos con alto riesgo son los que presentan dependencia de alcohol, quienes pueden obtener diferentes prescripciones como respuesta a sus quejas de ansiedad o insomnio relacionados con el alcohol.

Diagnóstico diferencial

Para un comentario más general sobre el diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias, véase la página 196. Los trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos pueden dar lugar a síntomas (p. ej., ansiedad) que se parecen a los de los **trastornos mentales primarios** (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada *versus* trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, de inicio durante la abstinencia). Véase la página 199 para la exposición de este diagnóstico diferencial.

La intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se parece a la **intoxicación por alcohol**, excepto por el olor del aliento a alcohol. En las personas mayores el cuadro clínico de la intoxicación puede parecerse al de la **demencia progresiva**. Además, el lenguaje farfullante, la incoordinación y otros síntomas característicos de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos podrían ser el resultado de una **enfermedad médica** (p. ej., esclerosis múltiple) o de un **traumatismo craneal previo** (p. ej., un hematoma subdural).

La **abstinencia de alcohol** produce un síndrome muy parecido al de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La ansiedad, el insomnio y la hiperactividad autonómica, que son consecuencia de la **intoxicación por otras drogas** (p. ej., estimulantes como anfetaminas o cocaína) o de **enfermedades fisiológicas** (p. ej., hipertiroidismo), o que están relacionados con **trastornos primarios de ansiedad** (p. ej., trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada), pueden recordar algunos aspectos de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

La intoxicación y abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se distingue de **otros trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos** (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos de inicio durante la abstinencia) en que los síntomas de estos últimos exceden de los que habitualmente se asocian a la intoxicación o abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Debe señalarse que hay sujetos que continúan tomando benzodiazepinas para indicaciones médicas legítimas y de acuerdo con la prescripción médica durante largos períodos de tiempo. Incluso con dependencia fisiológica de la medicación, muchos de estos sujetos no presentan síntomas que cumplan los criterios para el diagnóstico de dependencia, puesto que no están preocupados por la obtención de la sustancia y su consumo no interfiere con sus actividades habituales sociales o laborales.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV para la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son prácticamente iguales, excepto en el hecho de que la CIE-10 también incluye «lesiones o ampollas eritematosas de la piel». Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV para la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos contienen diferentes síntomas: en la lista de la CIE-10 se encuentran la hipotensión postural, dolores de cabeza, malestar o debilidad, e ideación paranoide, pero no así ansiedad (que sí recoge el DSM-IV).

F13.9 Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado [292.9]

Esta categoría se reserva a los trastornos asociados con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que no se clasifican como dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Trastorno relacionado con varias sustancias

F19.2x Dependencia de varias sustancias [304.80]

Este diagnóstico se reserva para aquellos casos en los que durante un período de tiempo de 12 meses el sujeto consume repetidamente como mínimo tres grupos de sustancias (la cafeína y la nicotina no se incluyen) sin que predomine una sustancia sobre otra. Además, durante este período de tiempo, los criterios diagnósticos se cumplen para la dependencia de sustancias como grupo, pero no de una sustancia específica.

Especificaciones

Se aplican las especificaciones de curso al diagnóstico de dependencia de varias sustancias y se codifican en el quinto dígito (v. pág. 185 para más detalles):

- 0 Remisión total temprana/remisión parcial temprana**
- 0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida**
- 1 En medio controlado**
- 4 Leve/moderado/grave**

Especificar si:

- Con dependencia fisiológica**
- Sin dependencia fisiológica**

Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas)

La categoría de trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas) se reserva para clasificar los trastornos relacionados con sustancias que no se han mencionado. Ejemplos de estas sustancias serían los esteroides anabolizantes, los nitritos inhalados (*poppers*), el óxido nítrico, medicamentos adquiridos sin receta o prescritos que no se han mencionado en las 11 categorías (p. ej., cortisol, antihistamínicos, benzotropina) y otras sustancias que tienen efectos psicoactivos. Además, esta categoría puede usarse cuando la sustancia específica es desconocida (p. ej., una intoxicación por un frasco de pastillas sin etiquetar).

Los **esteroides anabolizantes** producen a veces un aumento de la sensación de bienestar (con euforia), que es reemplazada después de un consumo continuado por falta de energía, irritabilidad y otras formas de disforia. El uso continuado de estas sustancias puede producir síntomas más graves (p. ej., sintomatología depresiva) y enfermedades médicas (p. ej., enfermedades hepáticas).

Los **nitritos inhalados** (*poppers*): formas de nitrógeno de amilo, butilo e isobutilo producen una intoxicación que se caracteriza por un sentimiento de plenitud en la cabeza, euforia leve y cambios de la percepción del tiempo, relajación de la musculatura lisa y un posible aumento de las sensaciones sexuales. Además, el consumo compulsivo de estas sustancias provoca posible deterioro de la función inmune, irritación del aparato respiratorio, disminución de la capacidad de transporte de oxígeno a la sangre y reacciones tóxicas que incluyen vómitos, cefaleas graves, hipotensión y mareo.

El **óxido nítrico** (gas hilarante) provoca una rápida intoxicación, que se caracteriza por lucas brillantes en la cabeza y una sensación de flotar que desaparece unos minutos después de interrumpir la administración. Se ha señalado la presencia de confusión temporal, pero clínicamente significativa, y de estados paranoides reversibles cuando el óxido nítrico se consume regularmente.

Otras sustancias capaces de producir intoxicaciones leves incluyen **catnip**, que produce estados parecidos a los observados con marihuana y a dosis altas se ha indicado que dan lugar a percepciones afines a las del LSD; **betel nut** (nuez moscada) que en muchas culturas es masticada y produce una sensación de flotación y euforia leve, y **kava** (una sustancia derivada de una planta de pimienta del sur del Pacífico), que produce sedación, incoordinación, pérdida de peso, formas leves de hepatitis y anomalías pulmonares. Además, los sujetos pueden presentar dependencia y deterioro a través de la autoadministración repetida de **fármacos que se expenden sin receta** y **fármacos prescritos**, entre los que se incluyen **cortisol**, **agentes antiparkinsonianos** con propiedades anticolinérgicas y **antihistamínicos**. En la página 193 se encuentra una exposición de cómo codificar los trastornos relacionados con medicamentos.

La descripción y los criterios diagnósticos ya han sido expuestos en los aspectos genéricos de la dependencia de sustancias (pág. 182), la abstinencia de sustancias (pág. 184), el abuso de sustancias (pág. 188) y la intoxicación por sustancias (pág. 189). Los trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas) se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten características fenomenológicas (p. ej., los trastornos del estado de ánimo inducidos por otras sustancias [o desconocidas] se incluyen en la sección «Trastornos del estado de ánimo»). Se enumeran a continuación los trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas) y los trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas).

Trastorno por consumo de otras sustancias (o desconocidas)

F19.2x Dependencia de otras sustancias (o desconocidas) [304.90] (v. pág. 182)

F19.1 Abuso de otras sustancias (o desconocidas) [305.90] (v. pág. 188)

Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas)

F19.00 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas) [292.89] (v. pág. 189)

[Para CIE-9-MC *especificar si*: Con alteraciones perceptivas]

F19.04 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con trastornos perceptivos

F19.3 Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) [292.0] (v. pág. 190)

Especificar si: Con alteraciones perceptivas

F19.03 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas) [292.81] (v. pág. 135)

F19.4 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas), de inicio durante la abstinencia

F19.73 Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas) [292.82] (v. pág. 159)

F19.6 Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas) [292.83] (v. pág. 167)

F19.51 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas), con ideas delirantes [292.11] (v. pág. 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia

F19.52 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas) con alucinaciones [292.12] (v. pág. 317)

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia

- F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas) [292.84]** (v. pág. 379)
- F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas) [292.89]** (v. pág. 451)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia
- F19.8 Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas) [292.89]** (v. pág. 532)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia
- F19.8 Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas) [292.89]** (v. página 617)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia
- F19.9 Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado [292.9]**

Especificaciones

Se aplican las especificaciones de curso al diagnóstico de dependencia de otras sustancias (o desconocidas) y se codifican en el quinto dígito (v. pág. 185 para más detalles):

- 0 Remisión total temprana/remisión parcial temprana**
- 0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida**
- 1 En medio controlado**
- 4 Leve/moderado/grave**

Especificar si:

- Con dependencia fisiológica**
- Sin dependencia fisiológica**

Información adicional sobre los trastornos relacionados con opiáceos

Características y trastornos asociados

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas (continuación).

Los sujetos que esnifan heroína u otros opiáceos a menudo tienen irritada la mucosa nasal y, a veces, el tabique perforado. Son frecuentes los problemas sexuales y los varones presentan a veces disfunción eréctil en caso de intoxicación o durante el uso crónico. Las mujeres suelen presentar alteraciones de la función reproductora e irregularidades menstruales.

La incidencia de infección por VIH es alta entre los consumidores de droga por vía intravenosa, lo que es muy frecuente en los sujetos con dependencia de opiáceos. En algunas zonas de Estados Unidos la frecuencia de infección por VIH puede llegar al 60 % en los dependientes de la heroína.

Además de infecciones dermatológicas, hepatitis, VIH, tuberculosis y endocarditis, la dependencia de opiáceos se asocia a una alta mortalidad (aproximadamente 10 por 1.000 al año en los sujetos no tratados). Las causas más frecuentes de muerte incluyen sobredosis, accidentes, lesiones u otras complicaciones médicas. Los accidentes y las lesiones debidas a la violencia provocan más muertes que la sobredosis o la infección por VIH. La dependencia física de opiáceos puede presentarse en la mitad de los recién nacidos de mujeres dependientes y da lugar a un síndrome de abstinencia intenso que requiere tratamiento médico. Aunque los hijos de mujeres con dependencia de opiáceos suelen nacer con poco peso, por lo general tal déficit no es acusado y no suele tener consecuencias graves. (*volver al texto principal*)

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Todos los trastornos incluidos en esta sección tienen síntomas psicóticos como característica definitoria. Los otros trastornos que pueden presentarse con síntomas psicóticos (aunque no como característica definitoria) son incluidos en otros apartados de este manual (p. ej., la demencia tipo Alzheimer y el delirium inducido por sustancias, en la sección «Delirium, demencia y trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos»; el trastorno depresivo mayor, con síntomas psicóticos, en la sección «Trastornos del estado de ánimo»).

Históricamente, el término *psicótico* ha sido definido de varias formas distintas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada. La definición más restrictiva del término *psicótico* se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto. Aún más amplia es la definición que incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia (p. ej., lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Al contrario que estas definiciones basadas en síntomas, la definición utilizada en anteriores clasificaciones (p. ej., DSM-II y CIE-9) era probablemente demasiado amplia y se centraba en la gravedad del deterioro funcional, de forma que un trastorno mental se denomina *psicótico* si ocasionaba un «deterioro que interfería en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida». Finalmente, el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. Los distintos trastornos de esta sección ponen énfasis en diferentes aspectos de las varias definiciones del término *psicótico*. En la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, el término *psicótico* se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. En el trastorno psicótico debido a una enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias, *psicótico* se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Finalmente, en el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, *psicótico* es equivalente a delirante.

En esta sección se incluyen los siguientes trastornos:

La **esquizofrenia** es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual).

El **trastorno esquizofreniforme** se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración (p. ej., la alteración dura 1 a 6 meses) y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional.

El **trastorno esquizoafectivo** es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.

El **trastorno delirante** se caracteriza por al menos 1 mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.

El **trastorno psicótico breve** es una alteración psicótica que dura más de 1 día y que remite antes de 1 mes.

El **trastorno psicótico compartido** es una alteración que se desarrolla en un sujeto que está influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido similar.

En el **trastorno psicótico debido a enfermedad médica** se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica.

En el **trastorno psicótico inducido por sustancias** se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición a un tóxico.

El **trastorno psicótico no especificado** se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos psicóticos específicos definidos en esta sección, o la sintomatología psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria.

Esquizofrenia

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un período de 1 mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses (Criterios A y C). Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral (Criterio B). La alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica (Criterios D y E). En sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista (u otro trastorno generalizado del desarrollo) el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos 1 mes (Criterio F). Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social.

Los síntomas característicos (Criterio A) pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los positivos y los negativos. Los síntomas positivos parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales, mientras que los síntomas negativos parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas positivos (Criterios A1-A4) incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas positivos incluyen dos dimensiones distintas, que, a su vez, pueden estar relacionadas con mecanismos neurales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes: la «dimensión psicótica» incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la «dimensión de desorganización» incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Los síntomas negativos (Criterio 5) comprenden restricciones del ámbito y

la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

Las ideas delirantes (Criterio A1) son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (p. ej., de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos). Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada. Las ideas delirantes autorreferenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella. La distinción entre una idea delirante y una idea sostenida tenazmente resulta a veces difícil de establecer, y depende del grado de convicción con la que se mantiene la creencia, a pesar de las claras evidencias en sentido contrario.

Si bien las ideas delirantes extrañas son consideradas especialmente típicas de la esquizofrenia, la «rareza» puede ser difícil de juzgar, especialmente a través de diferentes culturas. Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida. Un ejemplo de una idea delirante extraña es la creencia de que un ser extraño ha robado los órganos internos y los ha reemplazado por los de otra persona sin dejar ninguna herida o cicatriz. Un ejemplo de una idea delirante no extraña es la falsa creencia de ser vigilado por la policía. Generalmente, se consideran extrañas las ideas delirantes que expresan una pérdida del control sobre la mente o el cuerpo (p. ej., las incluidas entre la lista de «síntomas de primer rango» de Schneider); éstas incluyen la creencia de que los pensamientos han sido captados por alguna fuerza exterior («robo del pensamiento»), que pensamientos externos han sido introducidos en la propia mente («inserción del pensamiento») o que el cuerpo o los actos son controlados o manipulados por alguna fuerza exterior («ideas delirantes de control»). Si las ideas delirantes son juzgadas como extrañas, sólo se necesita este único síntoma para satisfacer el Criterio A para la esquizofrenia.

Las alucinaciones (Criterio A2) pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales y características de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. El contenido puede ser bastante variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas o amenazantes. Algunos tipos de alucinaciones auditivas (p. ej., dos o más voces conversando entre ellas, o voces que mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o el comportamiento del sujeto) han sido considerados especialmente característicos de la esquizofrenia y fueron incluidos en la lista de síntomas de primer rango de Schneider. Si estos tipos de alucinaciones están presentes, son suficientes para satisfacer el Criterio A. Las alucinaciones deben producirse en un contexto de claridad sensorial; las que ocurren mientras se concilia el sueño (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas) se consideran dentro del abanico de las experiencias normales. Las experiencias aisladas de oírse llamado por el nombre o las experiencias que carecen de la cualidad de una percepción externa (p. ej., zumbidos en la cabeza) tampoco son consideradas como alucinaciones típicas de la esquizofrenia. Las alucinaciones también pueden ser una parte normal de las experiencias religiosas en ciertos contextos culturales.

El pensamiento desorganizado («trastorno formal del pensamiento», «pérdida de las asociaciones») ha sido considerado por algunos autores (en particular Bleuler) como la característica simple más importante de la esquizofrenia. Debido a la dificultad intrínseca para establecer una definición objetiva del «trastorno del pensamiento» y puesto que en el contexto clínico las inferencias acerca del pensamiento se basan principalmente en el lenguaje del sujeto, en la definición de esquizofrenia utilizada en este manual se ha puesto énfasis en el concepto de lenguaje desorganizado (Criterio A3). El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede «perder el hilo», saltando de un tema a otro («descarrila-

miento» o pérdida de las asociaciones); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas («tangencialidad»); y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística («incoherencia» o «ensalada de palabras»). Puesto que la desorganización leve del habla es frecuente e inespecífica, el síntoma debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación. Durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia puede presentarse una desorganización del pensamiento o el lenguaje menos grave (v. Criterio C).

El comportamiento gravemente desorganizado (Criterio A4) puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible. Cabe observar problemas en cualquier forma de comportamiento dirigido a un fin, ocasionando dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas o mantener la higiene. El sujeto puede presentarse exageradamente despeinado, vestir de una forma poco corriente (p. ej., llevando varios abrigos, bufandas y guantes en un día caluroso) o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado (p. ej., masturbarse en público), o una agitación impredecible e inmotivada (p. ej., gritar o insultar). Hay que tener cuidado de no aplicar este criterio con demasiada amplitud. El comportamiento gravemente desorganizado debe distinguirse del comportamiento simplemente carente de sentido o, en general, sin un propósito concreto y del comportamiento organizado que está motivado por creencias delirantes. Igualmente, unos pocos episodios de inquietud, ira o comportamiento agitado no deben considerarse una prueba de esquizofrenia, especialmente si existe una motivación comprensible.

Los comportamientos motores catatónicos (Criterio A4) incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), la resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas inapropiadas o extrañas (posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica). Aunque la catatonía ha sido asociada históricamente con la esquizofrenia, el clínico debe tener presente que los síntomas catatónicos no son específicos y pueden ocurrir en otros trastornos mentales (v. Trastornos del estado de ánimo con síntomas catatónicos, pág. 390), en enfermedades médicas (v. Trastorno catatónico debido a enfermedad médica, pág. 175) y en los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos (v. Parkinsonismo inducido por neurolépticos, pág. 752).

Los síntomas negativos de la esquizofrenia (Criterio A5) constituyen una parte sustancial de la morbilidad asociada con el trastorno. Tres síntomas negativos —aplanamiento afectivo, alogia y abulia— están incluidos en la definición de esquizofrenia; otros síntomas negativos (p. ej., la anhedonia) están incluidos en el siguiente apartado referido a los «Síntomas y trastornos asociados». El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Si bien, en ocasiones, una persona con aplanamiento afectivo puede sonreír y mostrarse cálida, la mayoría del tiempo el abanico de su expresividad emocional está claramente disminuido. Para determinar si el aplanamiento afectivo es suficientemente persistente para cumplir el criterio, es útil observar al sujeto interactuando con sus prójimos. La alogia (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto con alogia parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla. Esto hay que diferenciarlo de la falta de ganas de hablar, un juicio clínico que puede requerir la observación a lo largo del tiempo y de situaciones diferentes. La abulia está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales.

A pesar de su ubicuidad en la esquizofrenia, los síntomas negativos pueden ser difíciles de evaluar porque ocurren en continuidad con la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debidos

a varios otros factores (p. ej., ser consecuencia de los síntomas positivos, efectos secundarios de la medicación, un trastorno del estado de ánimo, hipoestimulación ambiental o desmoralización). El aislamiento social o el lenguaje empobrecido pueden no considerarse síntomas negativos cuando son consecuencia de un síntoma positivo (p. ej., una idea delirante paranoide o una alucinación importante). Por ejemplo, el comportamiento de un sujeto que tiene la creencia delirante de que va a estar en peligro si sale de su habitación o si habla con alguien puede simular la alergia y la abulia. Los medicamentos neurolepticos producen frecuentemente síntomas extrapiramidales que se parecen mucho al aplanamiento afectivo o la abulia. La distinción entre los síntomas negativos verdaderos y los efectos secundarios de la medicación dependen del juicio clínico que toma en consideración la gravedad de los síntomas negativos, la naturaleza y el tipo de medicamentos neurolepticos, los efectos del ajuste de la dosificación y los efectos de la terapéutica anticolinérgica. La difícil distinción entre los síntomas negativos y los síntomas depresivos puede resolverse a través de los demás síntomas acompañantes y por el hecho de que los sujetos con síntomas de depresión experimentan un estado de ánimo intensamente penoso, mientras que los sujetos con esquizofrenia tienen una afectividad pobre o vacío afectivo. Finalmente, la hipoestimulación ambiental crónica o la desmoralización pueden ocasionar una apatía y abulia aprendidas. Quizá la mejor prueba para establecer la presencia de los síntomas negativos es su persistencia durante un período de tiempo considerable, a pesar de los esfuerzos dirigidos a resolver cada una de las causas potenciales descritas anteriormente. Se ha sugerido que los síntomas negativos persistentes deben denominarse síntomas «deficitarios».

El Criterio A para la esquizofrenia requiere que al menos dos de los cinco ítems estén presentes de forma simultánea durante como mínimo 1 mes. Sin embargo, si las ideas delirantes son extrañas o las alucinaciones implican «voces que comentan» o «voces que conversan», entonces sólo se requiere un único ítem. La presencia de esta agrupación relativamente grave de signos y síntomas se denomina «fase activa». En aquellas situaciones en las que los síntomas de la fase activa remiten antes de 1 mes en respuesta al tratamiento, aún puede considerarse que se ha cumplido el Criterio A si el clínico juzga que los síntomas habrían persistido durante 1 mes en ausencia de un tratamiento eficaz. En los niños, la evaluación de los síntomas característicos debe tener en cuenta la presencia de otros trastornos o de dificultades del desarrollo. Por ejemplo, el lenguaje desorganizado de un niño con un trastorno de la comunicación no debe servir para el diagnóstico de esquizofrenia a menos que el grado de desorganización sea significativamente mayor del que sería esperable sólo en el trastorno de la comunicación.

La esquizofrenia implica una disfunción en una o más de las principales áreas de actividad (p. ej., las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de uno mismo) (Criterio B). Típicamente, el funcionamiento es claramente inferior al que se habría alcanzado antes del inicio de los síntomas. Sin embargo, si la alteración empieza en la infancia o la adolescencia, más que un deterioro de la actividad puede existir un fracaso en la consecución de lo que sería esperable para el sujeto. Para llegar a esta conclusión puede ser útil comparar al sujeto con sus hermanos no afectados. El progreso educativo está frecuentemente alterado y el sujeto puede ser incapaz de finalizar la escolaridad. Muchos sujetos son incapaces de mantener un trabajo durante períodos largos de tiempo y sus empleos tienen un nivel inferior al de sus padres («van a menos»). La mayoría (60-70 %) de los sujetos con esquizofrenia no se casan y tienen contactos sociales relativamente limitados. La disfunción persiste durante una parte sustancial del curso del trastorno y no parece ser resultado directo de un síntoma en particular. Por ejemplo, si una mujer abandona su trabajo debido a la idea delirante concreta de que su jefe está tratando de matarla, esto solo no es prueba suficiente para que se cumpla este criterio, a menos que se dé un patrón más general de dificultades (habitualmente en varias áreas de actividad).

Algunos signos de la alteración deben persistir durante un período continuo de por lo menos 6 meses (Criterio C). A lo largo de este período de tiempo, debe haber al menos 1 mes (o

menos de 1 mes si los síntomas han sido tratados con éxito) de síntomas que cumplan el Criterio A de esquizofrenia (la fase activa). Los síntomas prodrómicos suelen estar presentes antes de la fase activa y los síntomas residuales aparecen a continuación. Algunos síntomas prodrómicos y residuales son formas relativamente leves o subumbrales de los síntomas positivos especificados en el Criterio A. Los sujetos pueden expresar diversas creencias inhabituales o raras que no alcanzan una proporción delirante (p. ej., ideas de autorreferencia o pensamiento mágico); pueden tener experiencias perceptivas poco habituales (p. ej., sentir la presencia de una persona o fuerza invisible en ausencia de verdaderas alucinaciones; su lenguaje puede ser generalmente comprensible, pero disgresivo, vago o excesivamente abstracto o concretista; y su comportamiento puede ser peculiar, pero no gravemente desorganizado (p. ej., murmurar para uno mismo, almacenar objetos extraños y sin valor aparente). Además de estos síntomas similares a los positivos, en las fases prodrómica y residual son especialmente frecuentes los síntomas negativos, que en ocasiones presentan bastante gravedad. Sujetos que habían sido socialmente activos pueden volverse como ausentes; pierden interés en actividades previamente placenteras; pueden volverse menos habladores y no hacer nunca preguntas, y pueden pasar la mayor parte del tiempo en la cama. Estos síntomas negativos a menudo son los primeros signos que nota la familia de que algo va mal; finalmente, los familiares pueden explicar que observaron que el sujeto «se alejaba gradualmente».

Subtipos y especificaciones de curso

El diagnóstico de un subtipo en particular se basa en el cuadro clínico que motivó la evaluación o el ingreso y, por tanto, pueden cambiar con el tiempo. Para cada uno de los subtipos siguientes se aporta texto descriptivo y criterios diagnósticos por separado:

- F20.0x Tipo paranoide [295.30]** (v. pág. 292)
- F20.1x Tipo desorganizado [295.10]** (v. pág. 293)
- F20.2x Tipo catatónico [295.20]** (v. pág. 294)
- F20.3x Tipo indiferenciado [295.90]** (v. pág. 295)
- F20.5x Tipo residual [295.60]** (v. pág. 296)

Pueden utilizarse las siguientes especificaciones para indicar las características del curso de los síntomas de la esquizofrenia a lo largo del tiempo.

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos.** Esta especificación se aplica cuando el curso se caracteriza por episodios en los que se cumple el Criterio A para la esquizofrenia y en los que hay síntomas residuales clínicamente significativos entre los episodios. **Con síntomas negativos acusados** puede añadirse si hay síntomas negativos acusados durante estos períodos residuales.
- .x3 Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.** Esta especificación se aplica cuando el curso se caracteriza por episodios en los que se cumple el Criterio A para la esquizofrenia y en los que no hay síntomas residuales clínicamente significativos entre los episodios.
- .x0 Continuo.** Esta especificación se aplica cuando los síntomas característicos del Criterio A se cumplen a lo largo de todo (o casi todo) el curso. Puede añadirse **con síntomas negativos acusados** si también hay síntomas negativos acusados.
- .x4 Episodio único en remisión parcial.** Esta especificación se aplica cuando ha habido un episodio único en el que se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia y han persistido síntomas residuales clínicos significativos. Puede añadirse **con síntomas negativos acusados** si estos síntomas residuales incluyen síntomas negativos acusados.

.x5 Episodio único en remisión total. Esta especificación se aplica cuando ha habido un episodio único en el que se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia y no quedan síntomas residuales clínicamente significativos.

.x8 Otro patrón o no especificado. Esta especificación se utiliza cuando hay otro patrón de curso o si es no especificado.

.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.

Procedimientos de tipificación

El cuarto dígito del código diagnóstico para la esquizofrenia se selecciona sobre la base del subtipo apropiado: F20.0x para el tipo paranoide [295.30], F20.1x para el tipo desorganizado [295.10], F20.2x para el tipo catatónico [295.20], F20.3x para el tipo indiferenciado [295.90] y F20.5x para el tipo residual [295.60]. El código del quinto dígito depende de la especificación del curso (v. antes) [para CIE-9-MC no existe quinto dígito para especificar el curso]. Al registrar el nombre del trastorno, las especificaciones de curso se anotan tras el subtipo apropiado (p. ej., F20.02 Esquizofrenia, tipo paranoide, episódico con síntomas residuales interepisódicos, con síntomas negativos [295.30]).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El sujeto con esquizofrenia puede presentar afecto inapropiado (p. ej., sonrisa, risa o expresión facial tonta en ausencia de estímulos apropiados), que es una de las características definitorias del tipo desorganizado. La anhedonia es frecuente y se manifiesta por una pérdida de interés o de placer. El humor disfórico puede tomar la forma de depresión, ansiedad o ira. Puede haber alteraciones del patrón de sueño (p. ej., dormir durante el día y actividad o intranquilidad nocturna). El sujeto puede mostrar una falta de interés en comer o rechazar los alimentos como consecuencia de sus creencias delirantes. A menudo se observan alteraciones de la actividad psicomotora (p. ej., alteración de la marcha, balanceo o inmovilidad apática). Con frecuencia, las dificultades para concentrarse son evidentes y pueden reflejar problemas en la focalización de la atención o distraibilidad debida a la preocupación por estímulos internos. Si bien las funciones intelectuales básicas se consideran clásicamente indemnes en la esquizofrenia, es frecuente que se encuentren indicadores de disfunción cognoscitiva. El sujeto puede estar confuso o desorientado, o presentar un deterioro de la memoria durante un período de exacerbación de los síntomas activos o en presencia de síntomas negativos muy graves. La falta de conciencia de enfermedad es habitual y puede ser uno de los mejores predictores de mala evolución, quizá porque predispone al sujeto a un mal cumplimiento del tratamiento. Pueden presentarse despersonalización, desrealización y preocupaciones somáticas, que alcanzan a veces proporciones delirantes. En ocasiones se dan anormalidades motoras (p. ej., muecas, posturas o manierismos raros, comportamientos rituales o estereotipados). La esperanza de vida de los sujetos con esquizofrenia es más corta que la de la población general por diversas razones. El suicidio es un factor importante, porque aproximadamente el 10 % de los sujetos con esquizofrenia se suicidan. Los factores de riesgo para el suicidio incluyen el sexo masculino, edad inferior a 30 años, síntomas depresivos, desempleo y alta hospitalaria reciente. Hay datos contradictorios acerca de si la frecuencia de actos violentos es mayor que en la población general. Es frecuente la comorbilidad con los trastornos relacionados con sustancias (incluida la dependencia de nicotina). Los trastornos esquizotípicos, esquizoides o paranoides de la personalidad preceden algunas veces al inicio de la esquizofrenia. No está claro si estos trastornos de la personalidad son simples pródromos de la esquizofrenia o si constituyen un trastorno distinto previo.

Hallazgos de laboratorio. No se han identificado hallazgos de laboratorio que sirvan para el diagnóstico de esquizofrenia. Sin embargo, hay datos de laboratorio que son anormales en grupos de sujetos con esquizofrenia en relación con sujetos normales. En los sujetos con esquizofrenia como grupo se ha demostrado consistentemente la existencia de anomalías estructurales del cerebro; las anomalías estructurales más frecuentes son el ensanchamiento del sistema ventricular y el aumento de los surcos de la corteza. También se han citado varias anomalías más, utilizando técnicas de imaginería estructural (p. ej., disminución del tamaño del lóbulo temporal y el hipocampo, aumento del tamaño de los ganglios basales, disminución del tamaño cerebral). Las técnicas por imagen funcional han indicado que algunos sujetos pueden tener un flujo sanguíneo cerebral anormal o una anormal utilización de la glucosa en áreas específicas del cerebro (p. ej., la corteza prefrontal). Las evaluaciones neuropsicológicas pueden mostrar un amplio espectro de disfunciones (p. ej., dificultad para cambiar las pautas de respuesta, focalizar la atención o formular conceptos abstractos). Los hallazgos neuropsicológicos incluyen un enlentecimiento de los tiempos de reacción, anomalías en el seguimiento ocular o deterioro de la transmisión sensorial. También se encuentran datos anormales de laboratorio tanto por complicaciones de la esquizofrenia como de su tratamiento. Algunos sujetos con esquizofrenia beben cantidades excesivas de líquidos («intoxicación acuosa») y desarrollan alteraciones de la densidad de la orina o del equilibrio electrolítico. Una elevación de la creatinfosfoquinasa (CPK) puede ser consecuencia del síndrome neuroléptico maligno (v. pág. 755).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los sujetos con esquizofrenia son algunas veces físicamente torpes y pueden presentar «signos neurológicos menores» como confusión derecha/izquierda, coordinación pobre o movimientos en espejo. Algunas anomalías físicas leves son más frecuentes entre los sujetos con esquizofrenia (p. ej., bóveda palatina arqueada, ojos excesivamente juntos o separados, o sutiles malformaciones de las orejas). Probablemente el hallazgo físico más comúnmente asociado sean las anomalías motoras. La mayoría de éstas se relacionan con los efectos secundarios del tratamiento con medicación antipsicótica. Las anomalías motoras que son secundarias al tratamiento con neurolépticos incluyen discinesia tardía inducida por neurolépticos (v. pág. 763), parkinsonismo inducido por neurolépticos (v. pág. 752), acatisia aguda inducida por neurolépticos (v. pág. 760), distonía aguda inducida por neurolépticos (v. pág. 758) y el síndrome neuroléptico maligno (v. pág. 755). Anomalías motoras espontáneas que se parecen a las provocadas por neurolépticos (p. ej., olfateo, cloqueo lingual, gruñidos) fueron descritas en la era preneuroléptica y aún se observan, aunque pueden ser difíciles de distinguir de los efectos neurolépticos. Otros hallazgos físicos están relacionados con trastornos frecuentemente asociados. Por ejemplo, puesto que la dependencia de la nicotina es tan frecuente en la esquizofrenia, estos sujetos son más propensos a desarrollar patología relacionada con el tabaco (p. ej., enfisema y otros problemas pulmonares y cardíacos).

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Los clínicos que evalúan los síntomas de la esquizofrenia en contextos socioeconómicos o culturales que son distintos del suyo propio deben tener en cuenta las diferencias culturales. Ideas que pueden parecer delirantes en una cultura (p. ej., brujería, sortilegios) son de uso corriente en otra. En algunas culturas las alucinaciones visuales o auditivas de contenido religioso son una parte normal de la experiencia religiosa (p. ej., ver a la Virgen María u oír la voz de Dios). Además, la evaluación del lenguaje desorganizado puede hacerse difícil debido a variaciones lingüísticas en los estilos narrativos de diferentes culturas, lo que afecta la forma lógica de presentación verbal. La evaluación de la afectividad requiere sensibilidad hacia los diferentes estilos de expresión emocional, contacto ocular y lenguaje corporal, que varían de unas culturas a otras. Si la evaluación

se realiza en una lengua distinta de la primera lengua del sujeto, hay que pensar que la alogia puede estar relacionada con las barreras lingüísticas. Debido a que el significado cultural de la iniciativa y la actividad dirigida a un objetivo puede esperarse que varíe según el medio, hay que evaluar con cuidado las alteraciones volitivas. Existen algunos indicios de que los clínicos tienden a sobrediagnosticar la esquizofrenia en algunos grupos étnicos (en lugar del trastorno bipolar). Se han encontrado diferencias culturales en la presentación, el curso y la evolución de la esquizofrenia. El comportamiento catatónico se ha referido como relativamente poco frecuente entre los sujetos con esquizofrenia en Estados Unidos, pero es más frecuente en los países del Este. Los sujetos con esquizofrenia en los países en desarrollo tienden a tener un curso más agudo y una mejor evolución que los sujetos de los países industrializados.

El comienzo de la esquizofrenia ocurre típicamente entre los últimos años de la segunda década de la vida y la mitad de la cuarta, siendo raro el inicio anterior a la adolescencia (aunque se han referido casos de inicio a la edad de 4 o 5 años). En los niños, las características esenciales de la enfermedad son las mismas, pero puede ser especialmente difícil realizar el diagnóstico a estas edades. En los niños, las ideas delirantes y las alucinaciones pueden ser menos elaboradas que las que se observan en los adultos y las alucinaciones visuales pueden ser más habituales. El lenguaje desorganizado se observa en diversos trastornos de inicio de la infancia (p. ej., trastorno de la comunicación, trastornos generalizados del desarrollo), del mismo modo que el comportamiento desorganizado (p. ej., trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de movimientos estereotipados). Estos síntomas no deben atribuirse a la esquizofrenia sin que se hayan considerado estos otros trastornos más frecuentes en la infancia. La esquizofrenia también puede empezar a una edad más avanzada de la vida (p. ej., después de los 45 años). Los casos de esquizofrenia de inicio tardío tienden a ser similares a los de inicio temprano, excepto por una mayor proporción de mujeres, una mejor historia laboral y una mayor frecuencia de casados. La presentación clínica es más probable que incluya ideas delirantes paranoides y alucinaciones, y es menos probable que incluya síntomas desorganizados y negativos. Habitualmente, el curso es crónico, aunque los sujetos suelen responder bastante bien a la medicación antipsicótica a dosis más bajas. Entre las personas que tienen una edad superior al inicio (p. ej., más de 60 años), los déficit sensoriales (p. ej., pérdida de audición), parecen darse con mayor frecuencia que en la población adulta general. Su papel específico en la patogenia sigue siendo desconocido.

Hay diferencias debidas al sexo en la presentación y el curso de la esquizofrenia. Las mujeres son más propensas a presentar un inicio tardío, síntomas afectivos más acusados y un mejor pronóstico. Si bien se ha dicho siempre que los varones y las mujeres están afectados aproximadamente por un igual, las estimaciones de la proporción entre sexos están mediatizadas por cuestiones metodológicas y de definición. Los estudios realizados en hospitales sugieren una mayor tasa de esquizofrenia en varones, mientras que los estudios realizados en la población general han sugerido mayoritariamente una prevalencia igual para ambos sexos. Las definiciones más amplias de la esquizofrenia, que llegan a limitar con los trastornos del estado de ánimo, conducirían a una prevalencia más alta para las mujeres que para los varones.

Prevalencia

Existen discrepancias en la prevalencia de esquizofrenia en diferentes estudios porque se han empleado metodologías diferentes (p. ej., medio rural *versus* urbano, población general *versus* medio clínico u hospitalario) y diferentes definiciones de esquizofrenia (restrictiva *versus* amplia, basada en criterios *versus* clínica). Las estimaciones de la prevalencia en muchos estudios extensos han variado desde el 0,2 al 2,0 %. Las tasas de prevalencia son similares en todo el mundo, pero se ha descrito la existencia de bolsas de alta prevalencia en algunas áreas específicas. Teniendo en cuenta todas estas fuentes de información, la prevalencia de la esquizofrenia se estima actualmen-

te entre el 0,5 y el 1 %. Puesto que la esquizofrenia tiende a ser crónica, las tasas de incidencia son considerablemente inferiores a las tasas de prevalencia y se estiman en aproximadamente 1/10.000 al año.

Curso

La edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de esa década en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica manifestada por el lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas (p. ej., aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o el trabajo, deterioro de la higiene y el aseo, comportamiento extraño y explosiones de ira). A los familiares les puede resultar difícil interpretar este comportamiento y pueden pensar que el sujeto «está pasando una etapa difícil». Sin embargo, en un momento dado, la aparición de algún síntoma de la fase activa califica el trastorno como una esquizofrenia. La edad de inicio puede tener significado tanto fisiopatológico como pronóstico. Los sujetos con un inicio a una edad más temprana suelen ser varones y tienen peor adaptación premórbida, menor nivel de estudios, más evidencia de anomalías cerebrales estructurales, signos y síntomas negativos más sobresalientes, más evidencia de deterioro cognoscitivo evaluado neuropsicológicamente y peor evolución. Por el contrario, los sujetos con un inicio más tardío son más a menudo mujeres, muestran menor evidencia de anomalías cerebrales estructurales o deterioro cognoscitivo y presentan una mejor evolución.

La mayoría de los estudios del curso y la evolución de la esquizofrenia sugieren que el curso es variable, con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos, mientras que otros permanecen crónicamente enfermos. Debido a la variabilidad de la definición y la evaluación no es posible disponer de unas conclusiones precisas en cuanto a la evolución a largo plazo de la esquizofrenia. Probablemente, la remisión completa (es decir, el retorno total al nivel premórbido) no es habitual en este trastorno. De los que siguen presentando la enfermedad, algunos parecen tener un curso relativamente estable, mientras que otros muestran un empeoramiento progresivo asociado a una incapacidad grave. Ya al comienzo de la enfermedad los síntomas negativos pueden ser acusados, apareciendo primariamente como características prodrómicas. Los síntomas positivos aparecen después. Puesto que estos síntomas positivos son especialmente sensibles al tratamiento, suelen disminuir, pero en muchos sujetos los síntomas negativos persisten entre los episodios de síntomas positivos. Se ha sugerido que los síntomas negativos pueden volverse progresivamente más acusados en algunos sujetos a lo largo del curso de la enfermedad. Numerosos estudios han señalado un grupo de factores que están asociados con un mejor pronóstico. Estos incluyen el buen ajuste premórbido, el inicio agudo, una edad más avanzada de inicio, sexo femenino, acontecimientos precipitantes, alteraciones del estado de ánimo asociadas, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento entre los episodios, síntomas residuales mínimos, ausencia de anomalías cerebrales estructurales, función neurológica normal, historia familiar de trastorno del estado de ánimo y no tener historia familiar de esquizofrenia.

Patrón familiar

Los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con esquizofrenia presentan un riesgo para la esquizofrenia aproximadamente diez veces superior al de la población general. Las tasas de concordancia para la esquizofrenia son más altas en gemelos monocigotos que en dicigotos. Los estudios de adopción han demostrado que los familiares biológicos de los sujetos con esquizofrenia tienen un riesgo sustancialmente elevado para desarrollar esquizofrenia, mientras que

los familiares adoptivos no tienen aumentado el riesgo. A pesar de que numerosos datos sugieren la importancia de los factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia, la existencia de una discordancia sustancial de la frecuencia en gemelos monocigotos también indica la importancia de los factores ambientales.

Diagnóstico diferencial

Una amplia variedad de enfermedades médicas pueden presentarse con síntomas psicóticos. Se diagnostica un **trastorno psicótico debido a enfermedad médica, delirium o demencia** cuando hay pruebas en la historia, la exploración física o las pruebas de laboratorio que indican que las ideas delirantes o las alucinaciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica (p. ej., síndrome de Cushing, tumor cerebral) (v. pág. 314). El **trastorno psicótico inducido por sustancias, el delirium inducido por sustancias y la demencia persistente inducida por sustancias** se distinguen de la esquizofrenia por el hecho de que se determina que una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o la exposición a un tóxico) está asociada etiológicamente a las ideas delirantes o a las alucinaciones (v. pág. 317). Muchos tipos de **trastornos relacionados con sustancias** pueden producir síntomas parecidos a los de la esquizofrenia (p. ej., el consumo continuado de anfetamina o cocaína puede producir ideas delirantes o alucinaciones; el consumo de fenciclidina puede producir una mezcla de síntomas positivos y negativos). El clínico debe determinar si los síntomas psicóticos han sido iniciados o mantenidos por el consumo de la sustancia, basándose en las peculiaridades que caracterizan el curso de la esquizofrenia y de los trastornos relacionados con sustancias. Lo ideal es que el clínico pueda mantener al sujeto en observación durante un período prolongado de abstinencia (p. ej., 4 semanas). Sin embargo, puesto que estos períodos de abstinencia son difíciles de conseguir, el clínico puede necesitar apoyarse en otros datos, como son la comprobación de si los síntomas psicóticos se exacerbaban por la sustancia y se atenúan cuando su consumo se interrumpe, la gravedad relativa de los síntomas psicóticos en relación a la cantidad y duración del consumo de la sustancia, y el conocimiento de los síntomas característicos que produce cada sustancia (p. ej., es típico que las anfetaminas produzcan ideas delirantes y estereotipias, pero no embotamiento afectivo o síntomas negativos manifiestos).

Es difícil distinguir la esquizofrenia del **trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos** debido a que las alteraciones del estado de ánimo son frecuentes durante las fases prodrómica, activa y residual de la esquizofrenia. Si los síntomas psicóticos se presentan exclusivamente durante períodos de alteración del estado de ánimo, el diagnóstico debe ser el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. En el trastorno esquizoafectivo debe producirse un episodio de alteración anímica en concurrencia con los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, los síntomas afectivos deben estar presentes durante una parte sustancial de la duración total de la alteración y las ideas delirantes o las alucinaciones deben estar presentes durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos claros. Por el contrario, en la esquizofrenia los síntomas afectivos tienen una duración breve en relación con la duración total de la alteración, se presentan sólo durante las fases prodrómica o residual, o no cumplen totalmente los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo. Puede realizarse un diagnóstico adicional de **trastorno depresivo no especificado** o de **trastorno bipolar no especificado** cuando existen síntomas afectivos clínicamente significativos que cumplen totalmente los criterios para un episodio de alteración anímica superpuesto a la esquizofrenia. La esquizofrenia de tipo catatónico puede ser difícil de distinguir de un **trastorno del estado de ánimo con síntomas catatónicos**.

Por definición, la esquizofrenia difiere del **trastorno esquizofreniforme** por su duración. La esquizofrenia implica la presencia de síntomas (incluidos los síntomas prodrómicos o residuales) durante al menos 6 meses, en tanto que la duración total de los síntomas en el trastorno esquizofreniforme debe ser de al menos 1 mes, pero de menos de 6 meses. El trastorno esquizofreniforme

me también exige que no haya un deterioro de la actividad. El **trastorno psicótico breve** se define por la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, que dura por lo menos 1 día, pero menos de 1 mes.

El diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia y el **trastorno delirante** se basa en la naturaleza de las ideas delirantes (no extrañas en el trastorno delirante) y en la ausencia de otros síntomas característicos de la esquizofrenia (p. ej., alucinaciones, lenguaje o comportamiento desorganizados, o síntomas negativos manifiestos). El trastorno delirante es particularmente difícil de diferenciar del tipo paranoide de la esquizofrenia, porque este subtipo no incluye una marcada desorganización del lenguaje, comportamiento desorganizado o afectividad aplanada o inapropiada y está asociada a menudo a un menor deterioro de la actividad de lo que es característico en los otros tipos de esquizofrenia. Cuando en el trastorno delirante hay una actividad psicosocial empobrecida, acostumbra a ser una consecuencia directa de las mismas creencias delirantes.

Puede establecerse un diagnóstico de **trastorno psicótico no especificado** si no se dispone de información suficiente para elegir entre esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (p. ej., trastorno esquizoafectivo) o para determinar si los síntomas están producidos por alguna sustancia o son resultado de una enfermedad médica. Estas dudas son especialmente frecuentes en las primeras etapas del curso del trastorno.

Aunque la esquizofrenia y los **trastornos generalizados del desarrollo** (p. ej., el trastorno autista), comparten alteraciones del lenguaje, la afectividad y el contacto interpersonal, pueden diferenciarse de varias formas. Los trastornos generalizados del desarrollo se detectan de forma característica durante la niñez o la primera infancia (habitualmente antes de los 3 años), mientras que un inicio tan temprano es raro en la esquizofrenia. Además, en los trastornos generalizados del desarrollo hay una ausencia de ideas delirantes y alucinaciones evidentes, hay anomalías más importantes en la afectividad y no hay lenguaje, o es muy limitado, caracterizándose por estereotipias y anomalías en la prosodia. En ocasiones, la esquizofrenia se presenta en sujetos con un trastorno generalizado del desarrollo: el diagnóstico de esquizofrenia sólo es apropiado en los sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista u otro trastorno generalizado del desarrollo si ha habido ideas delirantes o alucinaciones acusadas durante al menos 1 mes. La esquizofrenia de inicio en la infancia debe distinguirse de los **cuadros infantiles que combinan el lenguaje desorganizado** (de un **trastorno de la comunicación**) y el **comportamiento desorganizado** (del **trastorno por déficit de atención con hiperactividad**).

La esquizofrenia comparte características (p. ej., ideación paranoide, pensamiento mágico, evitación social y lenguaje vago y digresivo) y puede ir precedida de los **trastornos esquizotípico, esquizoide o paranoide de la personalidad**. Es correcto establecer un diagnóstico adicional de esquizofrenia cuando los síntomas son tan graves como para cumplir el Criterio A de esquizofrenia. El trastorno previo de la personalidad puede registrarse en el Eje II, seguido del término «pre-mórbido» entre paréntesis (p. ej., trastorno esquizotípico de la personalidad [pre-mórbido]).

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV son similares en muchos aspectos, pero no idénticos. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen dos caminos distintos para llegar a cumplir los criterios diagnósticos de la esquizofrenia: la existencia de un síntoma de Schneider de primer rango o delirios extraños, o presencia de al menos dos de los otros síntomas característicos (alucinaciones acompañadas de delirios, trastorno del pensamiento, síntomas catatónicos y síntomas negativos). La definición de esquizofrenia de la CIE-10 tan sólo exige una duración de los síntomas de 1 mes, abarcando de esta forma las categorías diagnósticas del DSM-IV de esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme. Además, la definición de la CIE-10 no requiere afectación de la actividad del individuo.

■ Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia

A. *Síntomas característicos*: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) ideas delirantes
- (2) alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social/laboral*: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. *Duración*: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo*: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo*: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia (*continuación*)

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): *especificar también si: con síntomas negativos acusados*

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos

Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); *especificar también si: con síntomas negativos acusados*

Episodio único en remisión parcial: *especificar también si: con síntomas negativos acusados*

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

Subtipos de esquizofrenia

Los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación. Si bien las implicaciones pronósticas y terapéuticas de los subtipos son variables, los tipos paranoide y desorganizado tienden a ser, respectivamente, los de menor y mayor gravedad. El diagnóstico de un subtipo en particular está basado en el cuadro clínico que ha motivado la evaluación o el ingreso más recientes y, por tanto, puede cambiar con el tiempo. Es frecuente que el cuadro incluya síntomas que son característicos de más de un subtipo. La elección del subtipo se apoya en el siguiente algoritmo: se asigna el tipo catatónico siempre y cuando haya síntomas catatónicos acusados (independientemente de la presencia de otros síntomas); se asigna el tipo desorganizado siempre que predomine un comportamiento y lenguaje desorganizados, y que sea patente una afectividad aplanada o inapropiada (a menos que aparezca en el tipo catatónico); se asigna el tipo paranoide en caso de que predomine una preocupación causada por ideas delirantes o cuando existan alucinaciones frecuentes (a menos que se den en el tipo catatónico o el desorganizado). El tipo indiferenciado es una categoría residual que describe cuadros en los que predominan síntomas de la fase activa que no cumplen los criterios para los tipos catatónico, desorganizado o paranoide. El tipo residual es para aquellos cuadros en los que hay manifestaciones continuas de la alteración, sin que se cumplan ya los criterios para la fase activa.

En el apéndice B se describe una alternativa a los subtipos tradicionales de esquizofrenia, basada en dimensiones (v. pág. 726). Las dimensiones sugeridas son la dimensión psicótica, la dimensión de desorganización y la dimensión negativa.

F20.0x Tipo paranoide [295.30]

La característica principal del tipo paranoide de esquizofrenia consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Los síntomas característicos de los tipos desorganizado y catatónico (p. ej., lenguaje desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada, comportamiento catatónico o desorganizado) no son muy acusados. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con

otra temática (p. ej., celos, religiosidad o somatización). Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar un aire de superioridad y condescendencia y también pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. Habitualmente, estos sujetos muestran un deterioro mínimo o nulo en las pruebas neuropsicológicas y en los tests cognoscitivos. Algunos datos sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia, especialmente en lo que respecta a la actividad laboral y a la capacidad para llevar una vida independiente.

■ Criterios para el diagnóstico de F20.0x Tipo paranoide [295.30]

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 **Episódico con síntomas residuales interepisódicos**
- .x3 **Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**
- .x0 **Continuo**
- .x4 **Episodio único en remisión parcial**
- .x5 **Episodio único en remisión total**
- .x8 **Otro patrón o no especificado**
- .x9 **Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

F20.1x Tipo desorganizado [295.10]

Las características principales del tipo desorganizado de esquizofrenia son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. El lenguaje desorganizado puede ir acompañado de tonterías y risas que no tienen una clara conexión con el contenido del discurso. La desorganización comportamental (p. ej., falta de orientación hacia un objetivo) puede acarrear una grave disrupción de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana (p. ej., ducharse, vestirse o preparar la comida). No se cumplen los criterios para el tipo catatónico de esquizofrenia y, si hay ideas delirantes y alucinaciones, son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. El deterioro del rendimiento puede apreciarse por medio de diversas pruebas neuropsicológicas y tests cognoscitivos. Habitualmente, este subtipo también está asociado a una personalidad premórbida, empobrecida, a un inicio temprano e in-

sidioso y a un curso continuo sin remisiones significativas. Históricamente, y en otros sistemas clasificatorios, este tipo se denomina *hebefrénico*.

■ Criterios para el diagnóstico de F20.0x Tipo desorganizado [295.10]

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

- (1) lenguaje desorganizado
- (2) comportamiento desorganizado
- (3) afectividad aplanada o inapropiada

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

F20.2x Tipo catatónico [295.20]

La característica principal del tipo catatónico de esquizofrenia es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.

La inmovilidad puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o estupor. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede haber un negativismo extremo que se manifiesta por el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido o por la resistencia a todas las órdenes que se den. Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas, o por realizar muecas llamativas. La ecolalia es la repetición patológica, como lo haría un loro o aparentemente sin sentido, de una palabra o frase que acaba de decir otra persona. La ecopraxia consiste en la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona. Otras características serían las estereotipias, manierismos y la obediencia automática o la imitación burlesca. Durante el estupor o la agitación catatónica graves, el sujeto puede requerir una cuidadosa supervisión para evitar que se cause daño a sí mismo o a otras personas. Hay riesgo potencial de malnutrición, agotamiento, hiperpirexia o autolesiones. Para diagnosticar este subtipo, el cuadro debe cumplir en primer lugar todos los criterios para la esquizofrenia y no ser más explicable por otras presuntas etiologías: inducción por sustancias (p. ej., parkinsonismo inducido por neurolepticos, v. pág. 752), enfermedad médica (v. pág. 175), o episodio maniaco o depresivo mayor (v. pág. 390).

■ Criterios para el diagnóstico de F20.2x Tipo catatónico [295.20]

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- (1) inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o estupor
- (2) actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
- (3) negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo
- (4) peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas
- (5) ecolalia o ecopraxia

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos**
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**
- .x0 Continuo**
- .x4 Episodio único en remisión parcial**
- .x5 Episodio único en remisión total**
- .x8 Otro patrón o no especificado**
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

F20.3x Tipo indiferenciado [295.90]

La característica esencial del tipo indiferenciado de esquizofrenia es la presencia de síntomas que cumplen el Criterio A de esquizofrenia, pero que no cumplen los criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

■ Criterios para el diagnóstico de F20.3x Tipo indiferenciado [295.90]

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos**
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos**
- .x0 Continuo**
- .x4 Episodio único en remisión parcial**
- .x5 Episodio único en remisión total**
- .x8 Otro patrón o no especificado**
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa**

F20.5x Tipo residual [295.60]

El tipo residual de esquizofrenia debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o lenguaje desorganizados). Hay manifestaciones continuas de la alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos (p. ej., afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia) o dos o más síntomas positivos atenuados (p. ej., comportamiento ex-céntrico, lenguaje levemente desorganizado o creencias raras). Si existen ideas delirantes o alucinaciones, no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte. El curso del tipo residual puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa. No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

■ Criterios para el diagnóstico de F20.5x Tipo residual [295.60]

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

- A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:

- .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos
- .x0 Continuo
- .x4 Episodio único en remisión parcial
- .x5 Episodio único en remisión total
- .x8 Otro patrón o no especificado
- .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa

F20.8 Trastorno esquizofreniforme [295.40]

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno esquizofreniforme son idénticas a las de la esquizofrenia (Criterio A) con la excepción de las dos diferencias siguientes: la duración total de la enfermedad (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) es de al menos 1 mes, pero de menos de 6 meses (Criterio B) y no se requiere que exista deterioro de la actividad social o laboral durante alguna parte de la enfermedad (aunque puede haberlo). La duración exigida para el trastorno esquizofreniforme es intermedia entre la del trastorno psicótico breve (en el que los síntomas duran al menos 1 día, pero menos de 1 mes) y la esquizofrenia (en la que los síntomas se prolongan durante al menos 6 meses). El diagnóstico del trastorno esquizofreniforme se establece de dos

maneras. En la primera se aplica el diagnóstico sin otro calificativo cuando el episodio de enfermedad ha durado entre 1 y 6 meses el sujeto está ya recuperado. En el segundo caso el diagnóstico se aplica cuando un sujeto presenta síntomas, sin que hayan transcurrido los 6 meses que se requieren para el diagnóstico de esquizofrenia. En este caso, el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme debe calificarse de «provisional», ya que no hay seguridad de que el sujeto vaya a recuperarse de la alteración dentro del período de 6 meses. Si la alteración persiste más allá de los 6 meses, debe cambiarse el diagnóstico por el de esquizofrenia.

Especificaciones

Para el trastorno esquizofreniforme pueden utilizarse las siguientes especificaciones para indicar la presencia o ausencia de características potencialmente asociadas a un mejor pronóstico:

Con características de buen pronóstico. Esta especificación se emplea si se dan por lo menos dos de las siguientes características: inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual, confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico, buena actividad social y laboral premórbida y ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivo.

Sin características de buen pronóstico. Esta especificación se emplea si no se dan dos o más de las características anteriores.

Síntomas y trastornos asociados

Véase también lo expuesto en el apartado «síntomas y trastornos asociados» en la esquizofrenia, página 285. Al contrario de lo que ocurre con la esquizofrenia, para el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme no se requiere un deterioro de la actividad social o laboral. No obstante, la mayoría de los sujetos experimentan disfunciones en varias áreas de su actividad cotidiana (p. ej., trabajo o escuela, relaciones interpersonales y cuidado de sí mismos).

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Para una exposición más amplia sobre la importancia de los factores culturales, de edad y sexo para el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme, véase el apartado «síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo» en la esquizofrenia (v. pág. 286). Hay datos que sugieren que en los países en vías de desarrollo la recuperación de los trastornos psicóticos tiende a ser más rápida, lo que daría como resultado unas tasas más altas de trastorno esquizofreniforme que de esquizofrenia.

Prevalencia

Los estudios en la comunidad han indicado una prevalencia/vida del trastorno esquizofreniforme de alrededor del 0,2 %, con una prevalencia/año del 0,1 %.

Curso

Se dispone de poca información acerca del curso del trastorno esquizofreniforme. Aproximadamente un tercio de los sujetos con un diagnóstico inicial de trastorno esquizofreniforme (provisional) se recuperan dentro del período de 6 meses y reciben el diagnóstico final de trastorno es-

quizofreniforme. Los dos tercios restantes evolucionan hacia un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

Diagnóstico diferencial

Puesto que los criterios diagnósticos para la esquizofrenia y el trastorno esquizofreniforme difieren principalmente en términos de duración de la enfermedad, lo expuesto en el diagnóstico diferencial de la esquizofrenia (v. pág. 289) también es aplicable al trastorno esquizofreniforme. El trastorno esquizofreniforme se diferencia del **trastorno psicótico breve**, porque éste tiene una duración de menos de 1 mes.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Dado que los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 permiten efectuar el diagnóstico de esquizofrenia en los cuadros clínicos de tan sólo 1 mes de duración, la mayor parte de casos de trastornos esquizofreniformes según el DSM-IV se diagnostican como esquizofrenia en la CIE-10.

■ Criterios para el diagnóstico de F20.8 Trastorno esquizofreniforme [295.40]

- A. Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.
- B. Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como «provisional».)

Especificar si:

Sin características de buen pronóstico

Con características de buen pronóstico: indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems:

- (1) inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual
- (2) confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico
- (3) buena actividad social y laboral premórbida
- (4) ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos

F25.x Trastorno esquizoafectivo [295.70]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno esquizoafectivo es un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, si-

multáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia (Criterio A). Además, durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas, sin síntomas afectivos acusados (Criterio B). Finalmente, los síntomas afectivos están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de la enfermedad (Criterio C). Los síntomas no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., cocaína) o a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo o epilepsia del lóbulo temporal) (Criterio D). Para cumplir los criterios para el trastorno esquizoafectivo, las características principales deben presentarse dentro de un único período continuo de enfermedad. El término «período de enfermedad» tal como se emplea aquí se refiere a un período de tiempo durante el cual el sujeto sigue presentando síntomas activos o residuales de la enfermedad psicótica. Para algunos sujetos, este período de enfermedad puede prolongarse durante años e incluso décadas. Se considera que un período de enfermedad ha terminado cuando el sujeto ha estado completamente recuperado durante un intervalo de tiempo significativo y ya no muestra ninguno de los síntomas significativos del trastorno.

La fase de la enfermedad con síntomas afectivos y psicóticos simultáneos se caracteriza por cumplir totalmente los criterios tanto para la fase activa de la esquizofrenia (p. ej., Criterio A) (v. pág. 280) como para un episodio depresivo mayor (v. pág. 326), un episodio maníaco (v. pág. 334) o un episodio mixto (v. pág. 339). La duración del episodio depresivo mayor debe ser de al menos 2 semanas; la duración de los episodios maníaco o mixto debe ser de al menos 1 semana. Puesto que los síntomas psicóticos deben tener una duración de por lo menos 1 mes para cumplir el Criterio A para la esquizofrenia, la duración mínima de un episodio esquizoafectivo será también de 1 mes. Una característica esencial de un episodio depresivo mayor es la presencia de humor depresivo o una marcada disminución del interés o de la capacidad para el placer. Puesto que la pérdida de interés o placer es tan frecuente en los trastornos psicóticos no afectivos, para cumplir el Criterio A del trastorno esquizoafectivo, el episodio depresivo mayor debe incluir un humor depresivo franco (p. ej., no es suficiente que se dé una clara disminución del interés o de la capacidad para el placer). La fase de la enfermedad en que sólo hay síntomas psicóticos se caracteriza por ideas delirantes o alucinaciones que duran al menos 2 semanas, y, aunque pueden presentarse algunos síntomas afectivos, no son muy acusados. Este punto puede ser difícil de determinar y requerir una observación longitudinal y múltiples fuentes de información.

Los síntomas del trastorno esquizoafectivo pueden presentarse de acuerdo con varios patrones temporales. Un patrón típico es el siguiente: un sujeto tiene alucinaciones auditivas manifiestas e ideas delirantes de persecución durante 2 meses antes de iniciar un manifiesto episodio depresivo mayor. A partir de entonces, los síntomas psicóticos y el episodio depresivo mayor completo se mantienen durante 3 meses. Luego, el sujeto se recupera completamente del episodio depresivo mayor, pero los síntomas psicóticos se mantienen todavía durante 1 mes más, antes de desaparecer. A lo largo de este período de enfermedad, los síntomas del sujeto cumplen de forma simultánea los criterios para un episodio depresivo mayor y el Criterio A para la esquizofrenia, y, durante este mismo período de tiempo, tanto antes como después de la fase depresiva, ha habido alucinaciones auditivas e ideas delirantes. El período total de enfermedad fue de aproximadamente 6 meses, con síntomas psicóticos únicamente durante los primeros 2 meses, síntomas tanto depresivos como psicóticos durante los siguientes 3 meses y con síntomas únicamente psicóticos durante el último mes. En este caso, la duración del episodio depresivo no fue breve en relación con la duración total de la alteración psicótica y por tanto, el cuadro se diagnosticaría como trastorno esquizoafectivo.

El Criterio C para el trastorno esquizoafectivo especifica que los síntomas afectivos que cumplen los criterios para un episodio afectivo deben estar presentes durante una parte sustancial del período completo de enfermedad. Si los síntomas afectivos sólo aparecen durante un período relativamente breve de tiempo, el diagnóstico es esquizofrenia y no trastorno esquizoafectivo. Al evaluar ese criterio, el clínico debe determinar la proporción de tiempo durante el período continuo de enfermedad psicótica (incluyendo las fases activa y residual) en el que hubo síntomas afectivos.

tivos significativos que acompañaron a los síntomas psicóticos. Convertir en operativo lo que se quiere decir con «una parte sustancial del tiempo» necesita del juicio clínico. Por ejemplo, un sujeto con una historia de 4 años de síntomas activos y residuales de esquizofrenia presenta un episodio depresivo mayor superpuesto que se mantiene durante 5 semanas, a lo largo de las cuales persisten los síntomas psicóticos. Este cuadro no cumpliría el criterio de «una parte sustancial de la duración total», porque los síntomas que cumplen el criterio para un episodio afectivo se presentan sólo durante 5 semanas de un total de 4 años de alteración. En este ejemplo el diagnóstico seguiría siendo esquizofrenia, con el diagnóstico adicional de episodio depresivo no especificado, para indicar el episodio depresivo mayor superpuesto.

Subtipos

Pueden distinguirse dos subtipos de trastorno esquizoafectivo en base al componente afectivo del trastorno:

F25.0 Tipo bipolar. Este subtipo es aplicable si forman parte del cuadro un episodio maníaco o un episodio mixto. También puede presentarse un episodio depresivo mayor.

F25.1 Tipo depresivo. Este subtipo es aplicable si únicamente forman parte del cuadro episodios depresivos mayores.

Síntomas y trastornos asociados

Asociados al trastorno esquizoafectivo puede haber una pobre actividad laboral, un retraimiento social acusado, dificultades para el cuidado de sí mismo y un aumento del riesgo de suicidio. Normalmente, los síntomas residuales y negativos son de menor gravedad y cronicidad que los que se ven en la esquizofrenia. Los sujetos con trastorno esquizoafectivo pueden tener mayor riesgo de presentar posteriormente episodios puros de trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastornos depresivo mayor o bipolar) o de esquizofrenia o de trastorno esquizofreniforme. También pueden presentar trastornos relacionados con el alcohol u otras sustancias. Algunos datos clínicos sugieren que el trastorno esquizoafectivo puede ir precedido por un trastorno esquizoide, esquizotípico, límite o paranoide de la personalidad.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Para una exposición más amplia sobre la importancia de los factores culturales, la edad y el sexo en la evaluación de los síntomas psicóticos, véase el texto de la esquizofrenia (v. pág. 286), y para una exposición más amplia sobre la importancia de estos factores en el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo, véanse la página 348 y la página 360. El trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar, puede que sea más frecuente en adultos jóvenes, mientras que el trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo, parece más frecuente en adultos mayores. Comparado con la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo probablemente se da con mayor frecuencia en mujeres.

Prevalencia

Se carece de información detallada, pero el trastorno esquizoafectivo parece menos frecuente que la esquizofrenia.

Curso

La edad típica de comienzo del trastorno esquizoafectivo probablemente sea el inicio de la edad adulta, aunque este trastorno puede aparecer en cualquier momento desde la adolescencia hasta etapas avanzadas de la vida. El pronóstico del trastorno esquizoafectivo es algo mejor que el de la esquizofrenia, pero considerablemente peor que el de los trastornos del estado de ánimo. No es raro que se dé una importante disfunción social y laboral. La evolución del trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar, puede ser mejor que la del trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo.

Patrón familiar

Existen datos consistentes de que hay un mayor riesgo para la esquizofrenia en los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con trastorno esquizoafectivo. La mayoría de los estudios también señalan que los familiares de los sujetos con trastorno esquizoafectivo tienen un riesgo mayor de presentar trastornos del estado de ánimo.

Diagnóstico diferencial

Las enfermedades médicas y el consumo de sustancias pueden presentarse con síntomas psicóticos o afectivos diversos. Se diagnostica **trastorno psicótico debido a enfermedad médica, delirium o demencia** cuando hay datos en la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio que indican que los síntomas son un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (v. pág. 314). El **trastorno psicótico inducido por sustancias** y el **delirium inducido por sustancias** se diferencian de la esquizofrenia porque se estima que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) está relacionada etiológicamente con los síntomas (v. pág. 317).

A menudo es difícil distinguir el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia y del trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. En el trastorno esquizoafectivo tiene que haber un episodio afectivo simultáneo con los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, los síntomas afectivos deben estar presentes durante una parte sustancial de la duración total de la alteración y las ideas delirantes o alucinaciones deben mantenerse durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados. Por el contrario, los síntomas afectivos en la esquizofrenia tienen una duración relativamente breve respecto a la duración total de la alteración, sólo se presentan en las fases prodrómica o residual, o no cumplen totalmente los criterios para un episodio afectivo. Si los síntomas psicóticos se presentan exclusivamente durante períodos de alteración afectiva, el diagnóstico debe ser trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. En el trastorno esquizoafectivo los síntomas no deben atribuirse a un episodio afectivo si son resultado de los síntomas de la esquizofrenia (p. ej., trastorno del sueño causado por las alucinaciones auditivas, pérdida de peso debida a la creencia de que la comida está envenenada, dificultad para concentrarse a causa de la desorganización psicótica). La pérdida de interés o de la capacidad para el placer es frecuente en los trastornos psicóticos no afectivos; por tanto, para cumplir el Criterio A de trastorno esquizoafectivo, el episodio depresivo mayor debe incluir un marcado estado de ánimo depresivo.

Puesto que la proporción de síntomas afectivos y psicóticos puede cambiar en el curso de la alteración, el diagnóstico adecuado para un determinado episodio de la enfermedad puede cambiar de trastorno esquizoafectivo a esquizofrenia (p. ej., un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo para un episodio depresivo mayor claro y grave, con una duración de 3 meses durante los primeros 6 meses de una enfermedad psicótica crónica, debe cambiarse por uno de esquizofrenia si los síntomas psicóticos activos o residuales persisten durante varios años sin ninguna recidiva de los

episodios afectivos). El diagnóstico también puede cambiar en diferentes episodios de enfermedad separados por un período de remisión. Por ejemplo, un sujeto puede presentar un episodio de síntomas psicóticos que cumple el Criterio A para esquizofrenia durante un episodio depresivo mayor, recuperarse completamente de este episodio y, más tarde, presentar durante 6 meses ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas afectivos acusados. En este caso el diagnóstico no debe ser trastorno esquizoafectivo, porque el período de ideas delirantes y alucinaciones no aparece a continuación del período inicial de la alteración. En cambio, los diagnósticos adecuados serían el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, en remisión total para el primer episodio, y trastorno esquizofreniforme (provisional) para el episodio actual.

Es frecuente que los trastornos del estado de ánimo, especialmente la depresión, se presenten durante el curso del **trastorno delirante**. Sin embargo, estos cuadros no cumplen los criterios para el trastorno esquizoafectivo, porque en el trastorno delirante los síntomas psicóticos se limitan a ideas delirantes no extrañas y, por tanto, no cumplen el Criterio A para el trastorno esquizoafectivo.

Si no se dispone de información suficiente respecto a la relación entre los síntomas psicóticos y los afectivos, el diagnóstico más adecuado sería **trastorno psicótico no especificado**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La definición de trastorno esquizoafectivo que aparece en el DSM-IV y en la CIE-10 difiere respecto a su relación con el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. Para el DSM-IV, este trastorno del estado de ánimo debe diagnosticarse siempre que los síntomas de tipo psicótico, independientemente de su naturaleza, aparezcan exclusivamente en el transcurso de una alteración del estado de ánimo. En cambio, la definición de trastorno esquizoafectivo que aparece en la CIE-10 es mucho más amplia, ya que incluye casos en los que aparecen ciertos síntomas psicóticos específicos (p. ej., eco, inserción, robo o transmisión de pensamientos, delirios de control o pasividad, voces que expresan un comentario actual, conversación desorganizada, comportamiento catatónico), aparezcan o no en el transcurso de alteraciones del estado de ánimo. Por lo tanto, muchos casos que según el DSM-IV deberían diagnosticarse como trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos no congruentes serían considerados, a la luz de los criterios de la CIE-10, como trastorno esquizoafectivo.

■ Criterios para el diagnóstico de F25.x Trastorno esquizoafectivo [295.70]

- A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

- B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F25.x Trastorno esquizoaectivo [295.70] (continuación)

- C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.
- D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Codificación basada en tipo:

- .0 Tipo bipolar:** si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto (o un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores)
- .1 Tipo depresivo:** si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores

F22.0 Trastorno delirante [297.1]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos 1 mes (Criterio A). No debe realizarse el diagnóstico de trastorno delirante si el sujeto ha presentado alguna vez un cuadro clínico que cumpla el Criterio A para la esquizofrenia (Criterio B). Si hay alucinaciones visuales o auditivas, no son importantes, y puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias (y ser importantes) en relación con el tema delirante (p. ej., la sensación de estar infestado por insectos asociada a delirios de infestación o la percepción de que uno emite un olor insoportable por algún orificio corporal asociada a ideas de autorreferencia). Excepto por la consecuencia directa de las ideas delirantes, la actividad psicosocial no está significativamente deteriorada y el comportamiento no es raro ni extraño (Criterio C). Si se presentan episodios afectivos simultáneamente con las ideas delirantes, la duración total de estos episodios es relativamente breve en comparación con la duración total de los períodos delirantes (Criterio D). Las ideas delirantes no son debidas a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., cocaína) o a enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Alzheimer, lupus eritematoso sistémico) (Criterio E).

Aunque la consideración de que las ideas delirantes sean o no extrañas es especialmente importante para diferenciar el trastorno delirante de la esquizofrenia, la determinación del concepto «rareza» puede ser difícil, particularmente entre diferentes culturas. Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables, incomprensibles y si no derivan de experiencias de la vida cotidiana (p. ej., la creencia de un sujeto de que un extraño le ha quitado sus órganos internos y los ha sustituido por otros sin dejar ninguna herida o cicatriz). Por el contrario, las ideas delirantes no extrañas se refieren a situaciones que es posible que se den en la vida real (p. ej., ser seguido, envenenado, infectado, amado en secreto o engañado por el cónyuge o amante).

La actividad psicosocial es variable. Algunos sujetos parecen estar relativamente conservados en sus papeles interpersonal y laboral. En otros, el deterioro es importante e incluye una actividad laboral escasa o nula y aislamiento social. Cuando hay una actividad psicosocial pobre en el trastorno delirante, ésta deriva directamente de las mismas creencias delirantes. Por ejemplo, un suje-

to que está convencido de que va a ser asesinado por «un mafioso» puede dejar su trabajo y negarse a salir de casa salvo por la noche, y sólo si va disfrazado. Este comportamiento es un intento comprensible de evitar ser identificado y ejecutado por sus presuntos asesinos. En cambio, el empobrecimiento de la actividad social en la esquizofrenia puede ser debido tanto a los síntomas positivos como a los negativos (especialmente a la abulia). Asimismo, una característica habitual de los sujetos con trastorno delirante es la aparente normalidad de su comportamiento y de su aspecto cuando sus ideas delirantes no son cuestionadas o puestas en juego. En general, es más fácil que esté deteriorada la actividad social y conyugal que la intelectual y laboral.

Subtipos

El tipo de trastorno delirante puede especificarse en base al tema delirante que predomine:

Tipo erotomaniaco. Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es que otra persona está enamorada del sujeto. La idea delirante suele referirse a un amor romántico idealizado y a una unión espiritual, más que a la atracción sexual. Frecuentemente, la persona sobre la que recae esta convicción ocupa un *status* más elevado (p. ej., una persona famosa o un superior en el trabajo), pero puede ser un completo extraño. Son habituales los intentos por contactar con el objeto de la idea delirante (mediante llamadas telefónicas, cartas, regalos, visitas e incluso vigilándole y acechándole), aunque, a veces, la idea delirante se mantiene en secreto. La mayoría de los sujetos de este subtipo en las muestras de población clínicas son mujeres, y la mayoría de los sujetos de este subtipo en las muestras de población forenses son varones. Algunos sujetos con este subtipo, especialmente varones, se ven envueltos en problemas legales a causa de sus intentos por conseguir el objeto de su idea delirante o de sus intentos por «rescatarle» de algún peligro imaginario.

Tipo de grandiosidad. Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es la convicción de tener algún extraordinario (aunque no reconocido) talento o intuición, o de haber hecho un descubrimiento importante. Con menor frecuencia, el sujeto puede tener la idea delirante de mantener una relación especial con alguien importante (p. ej., un consejero del Presidente) o de ser una persona importante (en cuyo caso la persona real puede ser vista como un impostor). Las ideas delirantes grandiosas pueden tener un contenido religioso (p. ej., la persona cree que ha recibido un mensaje especial de una divinidad).

Tipo celotípico. Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es que el cónyuge o amante es infiel. Esta creencia aparece sin ningún motivo y se basa en inferencias erróneas que se apoyan en pequeñas «pruebas» (p. ej., ropas desarregladas o manchas en las sábanas), que son guardadas y utilizadas para justificar la idea delirante. El sujeto con esta idea delirante suele discutir con el cónyuge o amante e intenta intervenir en la infidelidad imaginada (p. ej., coartando la libertad de movimientos del cónyuge, siguiéndole en secreto, investigando al supuesto amante o agrediendo al cónyuge).

Tipo persecutorio. Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante se refiere a la creencia del sujeto de que está siendo objeto de una conspiración, es engañado, espiado, seguido, envenenado o drogado, calumniado maliciosamente, perseguido u obstinado en la consecución de sus metas a largo plazo. Pequeñas trivialidades pueden ser exageradas y convertidas en el núcleo de un sistema delirante. Frecuentemente, el núcleo de la idea delirante es alguna injusticia que debe ser remediada mediante una acción legal («paranoia querulante»), y la persona afectada puede enzarzarse en repetidos intentos por obtener una satisfacción apelando a los tribunales y otras instituciones gubernamentales. Los sujetos con ideas delirantes de persecución son a menudo resentidos e irritables y pueden reaccionar de forma violenta contra los que creen que les están haciendo daño.

Tipo somático. Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante se refiere a funciones o sensaciones corporales. Las ideas delirantes somáticas pueden presentarse de diversas formas. Las más habituales son la convicción de que el sujeto emite un olor insoportable por la piel, la boca, el recto o la vagina; que tiene una infestación por insectos en o dentro de la piel; que tiene un parásito interno; que algunas partes del cuerpo tienen evidentes malformaciones o son feas (en contra de lo observable), o que hay partes del cuerpo (p. ej., el intestino grueso) que no funcionan.

Tipo mixto. Este subtipo se aplica cuando no hay ningún tema delirante que predomine.

Tipo no especificado. Este subtipo se aplica cuando la creencia delirante dominante no puede ser determinada con claridad o cuando no está descrita en los tipos específicos (p. ej., ideas autorreferenciales sin un componente importante de persecución o grandeza).

Síntomas y trastornos asociados

Se pueden producir problemas sociales, conyugales o laborales como consecuencia de las ideas delirantes del trastorno delirante. En los sujetos con este trastorno son frecuentes las ideas autorreferenciales (p. ej., que acontecimientos casuales tienen un significado especial). Sus interpretaciones de estos acontecimientos acostumbran a ser consistentes con el contenido de las creencias delirantes. Muchos sujetos con trastorno delirante desarrollan un estado de ánimo irritable o disfórico, que normalmente puede interpretarse como una reacción a sus creencias delirantes. Puede haber accesos de ira o comportamiento violento, en especial en los tipos persecutorio y celotípico. El sujeto puede enzarzarse en comportamientos litigantes, que algunas veces conducen al envío de cientos de cartas de protesta al gobierno y a los funcionarios judiciales, y a muchas comparecencias en los tribunales. Pueden producirse problemas legales en los tipos erotomaníaco y celotípico de trastorno delirante. Los sujetos con trastorno delirante del tipo somático pueden verse sometidos a pruebas y exploraciones médicas innecesarias. Los déficit auditivos, los estresores psicosociales graves (p. ej., la inmigración) y el *status* socioeconómico bajo pueden predisponer al desarrollo del trastorno delirante. Probablemente los episodios depresivos mayores se presentan con mayor frecuencia en los sujetos con trastorno delirante que en la población general. Por lo normal la depresión es relativamente leve y empieza tras el inicio de las creencias delirantes francas. El trastorno delirante puede asociarse al trastorno obsesivo-compulsivo, al trastorno dismórfico y a los trastornos paranoide, esquizoide o por evitación de la personalidad.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Al evaluar la posible presencia de un trastorno delirante debe tenerse en cuenta la historia cultural y religiosa del sujeto. Algunas culturas tienen creencias ampliamente difundidas y culturalmente aceptadas que pueden ser consideradas delirantes en otros contextos culturales. El contenido de las ideas delirantes también varía en diferentes culturas y subculturas. Probablemente el trastorno delirante celotípico es más frecuente en varones que en mujeres, pero no parece haber diferencias genéricas importantes en la frecuencia total del trastorno delirante.

Prevalencia

El trastorno delirante es relativamente raro en el marco clínico y la mayoría de los estudios sugieren que el trastorno explica el 1-2 % de los ingresos en hospitales psiquiátricos. Se carece de información precisa acerca de la prevalencia de este trastorno en la población, pero la estimación

más alta es de alrededor del 0,03 %. Debido al inicio normalmente tardío, el riesgo de morbilidad a lo largo de la vida puede estar entre el 0,05 y el 0,1 %.

Curso

Generalmente, la edad de inicio del trastorno delirante es a mediados de la edad adulta o algo después, pero puede aparecer a una edad más temprana. El tipo persecutorio es el subtipo más frecuente. El curso es muy variable. El trastorno suele ser crónico, especialmente en el tipo persecutorio, aunque a menudo se producen oscilaciones en cuanto a la intensidad de las creencias delirantes. En otros casos puede haber largos períodos de remisión, seguidos de recaídas. No obstante, también el trastorno puede remitir en unos pocos meses, a menudo sin recaídas. Algunos datos sugieren que el tipo celotípico puede tener un mejor pronóstico que el tipo persecutorio.

Patrón familiar

Algunos estudios han encontrado que el trastorno delirante es más frecuente en familiares de sujetos con esquizofrenia de lo que sería esperable por azar, mientras que otros estudios no han encontrado una relación familiar entre el trastorno delirante y la esquizofrenia. Hay datos que indican que los trastornos paranoide y por evitación de la personalidad pueden ser especialmente frecuentes entre los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con trastorno delirante.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de trastorno delirante sólo se establece cuando la idea delirante no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica. Un **delirium**, una **demencia** o un **trastorno psicótico debido a enfermedad médica** pueden presentarse con síntomas que sugieren un trastorno delirante. Por ejemplo, las ideas delirantes persecutorias simples (p. ej., «alguien entra en mi habitación por las noches y roba mi ropa») en la fase inicial de una demencia tipo Alzheimer serían diagnosticadas como una demencia tipo Alzheimer, con ideas delirantes. Un **trastorno psicótico inducido por sustancias**, especialmente el debido a estimulantes como las anfetaminas o la cocaína, puede ser transversalmente idéntico en su sintomatología al trastorno delirante, pero, en general, se diferencia por la relación cronológica del consumo de la sustancia con el inicio y la remisión de las creencias delirantes.

El trastorno delirante puede distinguirse de la **esquizofrenia** y del **trastorno esquizofreniforme** por la ausencia de los demás síntomas característicos de la fase activa de la esquizofrenia (p. ej., alucinaciones auditivas o visuales acusadas, ideas delirantes extrañas, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos). Comparado con la esquizofrenia, el trastorno delirante suele producir menos deterioro de la actividad laboral y social.

Puede resultar difícil distinguir los **trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos** del trastorno delirante, porque los síntomas psicóticos asociados a los trastornos del estado de ánimo suelen implicar la presencia de ideas delirantes no extrañas, sin alucinaciones claras, y el trastorno delirante frecuentemente lleva asociados síntomas afectivos. La distinción depende de la relación temporal entre la alteración afectiva y las ideas delirantes y de la gravedad de los síntomas afectivos. Debe realizarse el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos si las ideas delirantes se presentan exclusivamente durante episodios afectivos. Si bien los sínto-

mas depresivos son frecuentes en el trastorno delirante, habitualmente son leves, remiten en tanto que persisten los síntomas delirantes y no son tributarios de un diagnóstico independiente de trastorno del estado de ánimo. A veces, síntomas afectivos que cumplen totalmente los criterios para un episodio afectivo están superpuestos a la alteración delirante. El trastorno delirante sólo puede diagnosticarse si la duración total de todos los episodios afectivos sigue siendo breve en relación con la duración total de la alteración delirante. Si los síntomas que cumplen los criterios para un episodio afectivo están presentes durante una parte sustancial de la alteración delirante (p. ej., el equivalente delirante del trastorno esquizoafectivo), entonces el diagnóstico apropiado es **trastorno psicótico no especificado**, acompañado por el de **trastorno depresivo no especificado** o el de **trastorno bipolar no especificado**.

Los sujetos con un **trastorno psicótico compartido** pueden presentar síntomas parecidos a los que se observan en el trastorno delirante, pero la alteración tiene una etiología y un curso característicos. En el trastorno psicótico compartido las ideas delirantes aparecen en el contexto de una relación muy estrecha con otra persona, son formalmente idénticas a las de esa otra persona y se atenúan o desaparecen cuando el sujeto con el trastorno psicótico compartido es separado del sujeto con el trastorno psicótico primario. El **trastorno psicótico breve** se diferencia del trastorno delirante por el hecho de que los síntomas delirantes duran menos de 1 mes. Puede hacerse un diagnóstico de **trastorno psicótico no especificado** si no se dispone de información suficiente para elegir entre el trastorno delirante y otros trastornos psicóticos o para determinar si los síntomas presentes son provocados por alguna sustancia o son la consecuencia de alguna enfermedad médica.

Puede resultar difícil diferenciar la **hipocondría** (especialmente con poca conciencia de enfermedad) del trastorno delirante. En la hipocondría, el temor o la preocupación de tener una enfermedad grave se sostienen con una intensidad menor que en el trastorno delirante (p. ej., el sujeto puede contemplar la posibilidad de no tener la enfermedad temida). El **trastorno dismórfico** implica una preocupación por algún defecto imaginario en el aspecto físico. Muchos sujetos con este trastorno sostienen sus creencias con una intensidad menor que la delirante y reconocen que la visión que tienen de su aspecto está distorsionada. Sin embargo, una proporción significativa de los sujetos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno dismórfico sostienen sus creencias con una intensidad delirante. Cuando se cumplen los criterios para ambos trastornos, puede diagnosticarse tanto un trastorno dismórfico como un trastorno delirante, tipo somático. A veces es difícil establecer los límites entre el **trastorno obsesivo-compulsivo** (especialmente con poca conciencia de enfermedad) y el trastorno delirante. La capacidad de los sujetos con un trastorno obsesivo-compulsivo para reconocer que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irrazonables se da a lo largo de un continuum. El juicio de realidad puede perderse en algunos sujetos y la obsesión puede alcanzar proporciones delirantes (p. ej., la creencia de que uno ha causado la muerte de alguien por el hecho de haberlo deseado). Si las obsesiones evolucionan hacia creencias delirantes persistentes que representan una parte sustancial del cuadro clínico, puede ser adecuado realizar un diagnóstico adicional de trastorno delirante.

En el **trastorno paranoide de la personalidad**, al contrario que en el trastorno delirante, no hay creencias delirantes persistentes o bien definidas. Siempre que una persona con un trastorno delirante tenga un trastorno previo de la personalidad, el trastorno de la personalidad debe registrarse en el Eje II, seguido entre paréntesis de «premoríbido».

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 establecen una duración mínima de los síntomas de 3 meses (a diferencia del DSM-IV, DSM-III y DSM-III-R que tan sólo requieren que ésta sea de 1 mes).

■ Criterios para el diagnóstico de F22.0 Trastorno delirante [297.1]

- A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.
- B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia. **Nota:** En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.
- C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.
- D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

Especificar tipo (se asignan los siguientes tipos en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un *status* superior, está enamorada del sujeto

Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa

Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel

Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma

Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica

Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema

Tipo no especificado

F23.8x Trastorno psicótico breve [298.8]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que comporta el inicio súbito de, por lo menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente) o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado (Criterio A). Un episodio de esta alteración dura por lo menos 1

día, pero menos de 1 mes, y el sujeto acaba recuperando por completo el nivel previo de actividad (Criterio B). La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., un alucinógeno) o a enfermedad médica (p. ej., hematoma subdural) (Criterio C).

Especificaciones

Para el trastorno psicótico breve pueden utilizarse las siguientes especificaciones en base a la presencia o ausencia de factores estresantes precipitantes:

F23.81 Con desencadenante(s) grave(s). Se asigna esta especificación si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural. En el DSM-III-R este tipo de trastorno psicótico breve se denominaba «psicosis reactiva breve». El o los acontecimientos precipitantes pueden ser de cualquier estrés importante, como la pérdida de un ser querido o el trauma psicológico de un combate. Algunas veces es clínicamente difícil determinar si un estrés específico fue un precipitante o una consecuencia de la enfermedad. En estos casos, la decisión dependerá de factores relacionados como la relación temporal entre el estrés y el inicio de los síntomas, de la información adicional acerca del nivel de actividad previo al estrés facilitada por el cónyuge o algún allegado y de la historia de respuestas similares a los acontecimientos estresantes en el pasado.

F23.80 Sin desencadenante(s) grave(s). Esta especificación se asigna si los síntomas psicóticos no parecen ser una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

De inicio en el parto. Esta especificación se asigna si el inicio de los síntomas psicóticos se produce en las primeras 4 semanas del parto.

Síntomas y trastornos asociados

Es típico que los sujetos con un trastorno psicótico breve experimenten un gran desorden emocional o una confusión abrumadora, con rápidas alternancias entre distintos estados afectivos. Aunque breve, el nivel de deterioro puede ser grave y puede ser necesaria la supervisión del sujeto para asegurar que se cubren sus necesidades nutricionales e higiénicas, y que está protegido de las consecuencias del empobrecimiento del juicio, del deterioro cognoscitivo o de los comportamientos derivados de las ideas delirantes. Parece haber un riesgo de mortalidad aumentado (con un riesgo especialmente alto de suicidio), en particular entre los sujetos más jóvenes. Los trastornos de la personalidad previos (p. ej., trastornos paranoide, histriónico, narcisista, esquizotípico o límite de la personalidad) pueden predisponer al sujeto al desarrollo del trastorno.

Síntomas dependientes de la cultura

Es importante distinguir los síntomas del trastorno psicótico breve de los patrones de respuesta culturalmente admitidos. Por ejemplo, en algunas ceremonias religiosas un sujeto puede manifestar que oye voces, pero éstas generalmente no persisten y no son consideradas como anormales por la mayoría de los miembros de la comunidad a que pertenece esa persona.

Prevalencia

Los escasos datos de que se dispone sugieren que el trastorno psicótico breve es poco frecuente.

Curso

El trastorno psicótico breve puede aparecer en la adolescencia o el principio de la edad adulta, con una media de edad de inicio situada alrededor de los 30 años. Por definición, un diagnóstico de trastorno psicótico breve exige la remisión total de todos los síntomas y un retorno al nivel premórbido de actividad dentro del mes de inicio de la alteración. En algunos sujetos la duración de los síntomas psicóticos es muy breve (p. ej., unos pocos días).

Patrón familiar

Algunos datos sugieren que el trastorno psicótico breve puede estar relacionado con los trastornos del estado de ánimo, mientras que otros datos apuntan a que puede ser distinto tanto de la esquizofrenia como de los trastornos del estado de ánimo.

Diagnóstico diferencial

Una gran variedad de enfermedades médicas pueden presentarse con síntomas psicóticos de corta duración. Se diagnostica un **trastorno psicótico debido a enfermedad médica** o un **delirium** cuando en la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio hay datos sugerentes de que las ideas delirantes o las alucinaciones son un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (p. ej., síndrome de Cushing, tumor cerebral) (v. pág. 314). El **trastorno psicótico inducido por sustancias**, el **delirium inducido por sustancias** y la **intoxicación por sustancias** se distinguen del trastorno psicótico breve por el hecho de que la sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con los síntomas psicóticos (v. pág. 317). Para llegar a esta conclusión son útiles los análisis de laboratorio, como la detección de drogas en la orina o la alcoholemia, y una historia pormenorizada del consumo de sustancias, con atención especial a las relaciones temporales entre la toma de la sustancia y el inicio de los síntomas y a la naturaleza de la sustancia que se haya consumido.

No puede realizarse el diagnóstico de trastorno psicótico breve si los síntomas psicóticos son atribuibles a un **episodio afectivo** (p. ej., los síntomas psicóticos se presentan exclusivamente durante un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto). Si los síntomas psicóticos persisten durante 1 mes o más, el diagnóstico será **trastorno esquizofreniforme**, **trastorno delirante**, **trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos** o **trastorno psicótico no especificado**, dependiendo de los demás síntomas del cuadro. El diagnóstico diferencial entre el trastorno psicótico breve y el trastorno esquizofreniforme es difícil cuando los síntomas psicóticos han remitido antes de 1 mes en respuesta a un tratamiento farmacológico. Puesto que los episodios recidivantes del trastorno psicótico breve son raros, hay que prestar atención a la posibilidad de que un trastorno recidivante (p. ej., trastorno bipolar, exacerbaciones agudas recidivantes de la esquizofrenia) sea la causa de cualquier episodio psicótico recidivante.

Un episodio de **trastorno facticio, con predominio de signos y síntomas psicológicos**, puede parecerse a un trastorno psicótico breve, pero en estos casos hay pruebas de que los síntomas son producidos intencionadamente. Cuando la **simulación** implica síntomas aparentemente psicóticos, generalmente hay pruebas de que la enfermedad fue fingida con una finalidad comprensible.

En algunos sujetos con **trastornos de la personalidad** los factores psicosociales estresantes pueden provocar períodos breves y de síntomas psicóticos. Éstos suelen ser transitorios y no tributarios de un diagnóstico independiente. Si los síntomas psicóticos persisten durante por lo menos 1 día, puede ser adecuado realizar el diagnóstico adicional de trastorno psicótico breve.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 propone un sistema bastante complicado para tipificar los trastornos psicóticos breves. Esta clasificación contiene criterios diagnósticos distintos para cuatro trastornos psicóticos breves específicos, que difieren entre sí en el tipo de síntomas (p. ej., con o sin síntomas de esquizofrenia) y en el curso (p. ej., si los síntomas psicóticos «varían rápidamente de tipo e intensidad» o no lo hacen. Además, la máxima duración de estos episodios psicóticos breves varía en función del tipo de síntomas (es decir, 1 mes para los síntomas parecidos a los de la esquizofrenia y 3 meses para los síntomas predominantemente delirantes). En cambio, el DSM-IV propone un único conjunto de criterios diagnósticos y una duración máxima de 1 mes.

■ Criterios para el diagnóstico de F23.8x Trastorno psicótico breve [298.8]

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:

- (1) ideas delirantes
- (2) alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.

B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.

C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.

Codificación basada en tipo:

.81 Con desencadenante(s) grave(s) (psicosis reactiva breve): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

.80 Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F23.8x Trastorno psicótico breve [298.8] (continuación)

Especificar si:

De inicio en el posparto: si el inicio se produce en las primeras 4 semanas del posparto [Para CIE-9-MC especificar además si **Con desencadenante(s) grave(s)** y **Sin desencadenante(s) grave(s)**.]

F24 Trastorno psicótico compartido (*folie à deux*) [297.3]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno psicótico compartido (*folie à deux*) consiste en una idea delirante que se desarrolla en un sujeto implicado en una relación estrecha con otra persona (que suele denominarse «inductor» o «caso primario») que padece un trastorno psicótico con ideas delirantes (Criterio A). El sujeto pasa a compartir las creencias delirantes del caso primario en parte o en su totalidad (Criterio B). La idea delirante no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) ni de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., anfetamina) o a una enfermedad médica (p. ej., tumor cerebral) (Criterio C). Probablemente, el diagnóstico más frecuente del caso primario es esquizofrenia, aunque otros posibles diagnósticos son un trastorno delirante o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. El contenido de las creencias delirantes compartidas dependerá del diagnóstico del caso primario y puede incluir creencias delirantes relativamente extrañas (p. ej., que una potencia extranjera hostil está introduciendo radiaciones en casa del sujeto, lo que le produce indigestión y diarrea), ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo (p. ej., que el caso primario va a recibir próximamente un contrato de 2 millones de dólares para hacer una película, lo que va a permitir que la familia se compre una casa mucho mayor y con piscina), a las ideas delirantes no extrañas características del trastorno delirante (p. ej., el FBI ha intervenido el teléfono y sigue a los familiares cuando salen de casa). Normalmente, el caso primario en el trastorno psicótico compartido es el dominante en la relación y, gradualmente, impone el sistema delirante a la segunda persona, más pasiva e inicialmente sana. Con frecuencia, los sujetos que llegan a compartir las creencias delirantes son familiares o el cónyuge y han vivido durante largo tiempo con el caso primario, algunas veces en un relativo aislamiento social. Si la relación con el caso primario es interrumpida, las creencias delirantes del otro sujeto suelen disminuir o incluso llegan a desaparecer. A pesar de que lo más corriente es que se den en relaciones entre sólo dos personas, el trastorno psicótico compartido puede presentarse en un número mayor de individuos, especialmente en situaciones familiares en las que uno de los padres es el caso primario y los hijos adoptan las creencias delirantes del progenitor en grado variable. Es raro que los sujetos afectados por este trastorno busquen tratamiento y suelen llamar la atención de los clínicos cuando recibe tratamiento el caso primario.

Síntomas y trastornos asociados

Al margen de las creencias delirantes, en el trastorno psicótico compartido no suelen darse otros aspectos raros o inhabituales en el comportamiento. El deterioro suele ser menor en el sujeto con el trastorno psicótico compartido que en el caso primario.

Prevalencia

Hay muy poca información sistemática disponible sobre la prevalencia del trastorno psicótico compartido. Este trastorno es raro en el marco clínico, aunque se ha señalado que algunos casos pasan desapercibidos. Algunos datos sugieren que el trastorno psicótico compartido es algo más frecuente en las mujeres.

Curso

No se sabe demasiado acerca de la edad de inicio habitual en el trastorno psicótico compartido, pero parece que es muy variable. Si no se interviene, el curso acostumbra a ser crónico, porque este trastorno es más frecuente que se presente en relaciones prolongadas y resistentes al cambio. Con la separación del caso primario, las creencias delirantes de los sujetos van desapareciendo, unas veces con rapidez y otras más lentamente.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico del trastorno psicótico compartido sólo se establece cuando la idea delirante no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica. El diagnóstico diferencial no suele ser un problema, porque la historia de una estrecha relación con el caso primario y la similitud de las ideas delirantes entre los dos individuos sólo se da en el trastorno psicótico compartido. En la **esquizofrenia**, el **trastorno delirante**, el **trastorno esquizoaffectivo** y el **trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos** no hay una relación estrecha con una persona dominante que tenga un trastorno psicótico y comparta creencias delirantes parecidas, o, si hay tal persona, los síntomas psicóticos normalmente preceden el inicio de cualquier idea delirante compartida. En casos raros un sujeto puede presentarse con lo que parece ser un trastorno psicótico compartido, pero las ideas delirantes no desaparecen cuando el sujeto es separado del caso primario. En este caso probablemente sea adecuado pensar en el diagnóstico de otro trastorno psicótico.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Las definiciones de la CIE-10 y del DSM-IV para este trastorno son idénticas. En la CIE-10, esta entidad viene recogida con el nombre de trastorno delirante inducido.

■ Criterios para el diagnóstico de F24 Trastorno psicótico compartido [297.3]

- A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.
- B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F24 Trastorno psicótico compartido [297.3] (continuación)

- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

Trastorno psicótico debido a enfermedad médica

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno psicótico debido a enfermedad médica son las alucinaciones y las ideas delirantes que se consideran debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (Criterio A). En la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio deben existir pruebas de que las ideas delirantes o las alucinaciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica (Criterio B). La alteración psicótica no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., los síntomas no son una respuesta psicológica a una enfermedad médica grave, en cuyo caso el diagnóstico apropiado sería trastorno psicótico breve, con desencadenante grave) (Criterio C). No se establece el diagnóstico si la alteración aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio D). Tampoco se establece el diagnóstico de trastorno psicótico debido a una enfermedad médica si las ideas delirantes aparecen exclusivamente en el transcurso de una demencia tipo Alzheimer o en una demencia vascular, en cuyo caso se diagnostica una demencia tipo Alzheimer o una demencia vascular del subtipo con ideas delirantes.

Las alucinaciones pueden ser de cualquier modalidad sensorial (p. ej., visuales, olfativas, gustativas, táctiles o auditivas), pero es probable que ciertos factores etiológicos desencadenen fenómenos alucinatorios específicos. Las alucinaciones olfativas, especialmente las que implican el olor de goma quemada u otros olores desagradables, son muy sugerentes de epilepsia del lóbulo temporal. Las alucinaciones pueden ser simples o amorfas, o muy complejas y organizadas, dependiendo de los factores etiológicos, las condiciones ambientales, la naturaleza y la localización de la lesión causada al sistema nervioso central y de la respuesta reactiva al deterioro. En general, no se establece el diagnóstico de trastorno psicótico debido a enfermedad médica si el sujeto conserva el juicio de realidad para la alucinación y se da cuenta de que las experiencias perceptivas son causadas por la enfermedad médica. Las ideas delirantes pueden ser de temas muy diversos, incluidos los somáticos, grandiosos, religiosos y, lo que es más frecuente, persecutorios. En algunos casos, las ideas delirantes religiosas se asocian específicamente con la epilepsia del lóbulo temporal. Los sujetos con lesiones cerebrales parietales derechas pueden desarrollar un síndrome de omisión contralateral, en el que pueden no reconocer partes de su propio cuerpo hasta un extremo delirante. No obstante, las asociaciones entre ideas delirantes y enfermedades médicas concretas parecen ser menos específicas de lo que lo son en el caso de las alucinaciones.

Para determinar si el trastorno psicótico es debido a una enfermedad médica, el clínico tiene, en primer lugar, que establecer claramente la presencia de dicha enfermedad médica. Además, hay que establecer que la alteración psicótica está etiológicamente relacionada con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico. Para poder hacer esta afirmación es necesario efectuar una evaluación cuidadosa y completa de múltiples factores. Aunque no hay normas infalibles para determinar cuándo es etiológica la relación entre el trastorno psicótico y la enfermedad médica, existen algunas orientaciones que sirven de orientación. Una consideración es la presencia de una

asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la del trastorno psicótico. Una segunda consideración es la presencia de síntomas atípicos en un trastorno psicótico primario (p. ej., edad de inicio atípica o presencia de alucinaciones visuales u olfativas). En la evaluación de una situación determinada, puede ser de ayuda la bibliografía que trata de los tipos de asociación directa entre la enfermedad médica y el desarrollo de los síntomas psicóticos. Además, el clínico debe considerar si la alteración se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico primario, un trastorno inducido por sustancias u otro trastorno mental primario (p. ej., trastorno adaptativo). Este aspecto se comenta con mayor detalle en la sección «Trastornos mentales debidos a enfermedad médica» (v. pág. 171).

Subtipos

Puede usarse uno de los siguientes subtipos para indicar los síntomas predominantes. Si hay ideas delirantes y alucinaciones, se codificará lo que predomine:

F06.2 Con ideas delirantes [293.81]. Se usa este subtipo si predominan las ideas delirantes.

F06.0 Con alucinaciones [293.82]. Se usa este subtipo si predominan las alucinaciones.

Procedimiento de tipificación

Al registrar el diagnóstico de un trastorno psicótico debido a enfermedad médica, el clínico debe anotar en primer lugar la existencia de un trastorno psicótico, luego ha de identificar la enfermedad médica que se considera causa del trastorno y, finalmente, el código adecuado para indicar el síntoma predominante de presentación en el Eje I (p. ej., trastorno psicótico debido a tirotoxicosis, con alucinaciones). El código diagnóstico en el Eje I se selecciona basándose en el subtipo: F06.2 para el trastorno psicótico debido a enfermedad médica, con ideas delirantes [293.81], y F06.0 para el trastorno psicótico debido a enfermedad médica, con alucinaciones [293.82]. También hay que anotar en el Eje III el código de la enfermedad médica (p. ej., E05.9 Tirotoxicosis).

Enfermedades médicas asociadas

Son diversas las enfermedades médicas que pueden causar síntomas psicóticos, entre las que se incluyen enfermedades neurológicas (p. ej., neoplasias, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Huntington, epilepsia, lesión del nervio auditivo, sordera, migraña, infecciones del sistema nervioso central), enfermedades endocrinas (p. ej., hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hipofunción suprarrenal), enfermedades metabólicas (p. ej., hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia), alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, enfermedades hepáticas o renales y trastornos autoinmunes con afectación del sistema nervioso central (p. ej., lupus eritematoso sistémico). Las enfermedades neurológicas que más se asocian a la aparición de ideas delirantes son las que afectan las estructuras subcorticales o del lóbulo temporal. Los hallazgos de la exploración física o las pruebas de laboratorio son reflejo de la enfermedad médica causante del cuadro.

Diagnóstico diferencial

Las alucinaciones y las ideas delirantes son habituales en el contexto de un **delirium**; sin embargo, no se realiza un diagnóstico independiente de trastorno psicótico debido a enfermedad médica si la alteración aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium. En el caso de que las ideas delirantes aparezcan en el transcurso de una **demencia tipo Alzheimer** o de una **demencia**

vascular, se establece el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer o demencia vascular del subtipo con ideas delirantes y no se establece un diagnóstico independiente de trastorno psicótico debido a enfermedad médica. Normalmente, si el cuadro incluye una mezcla de tipos diferentes de síntomas (p. ej., psicóticos y de ansiedad), el diagnóstico es trastorno psicótico debido a enfermedad médica, porque en estos casos habitualmente predominan los síntomas psicóticos en el cuadro clínico.

Si hay pruebas de consumo reciente o prolongado de alguna sustancia (incluyendo medicamentos con efectos psicotrópicos), o de abstinencia de sustancias, o de exposición a un tóxico (p. ej., intoxicación por LSD, abstinencia de alcohol), hay que considerar el posible **trastorno psicótico inducido por sustancias**. Puede ser útil realizar una detección de drogas en la orina o la sangre u otras pruebas de laboratorio adecuadas. Los síntomas que se presentan durante o poco después (en un período de 4 semanas) de una intoxicación o abstinencia de alguna sustancia pueden ser muy sugerentes de un trastorno psicótico inducido por sustancias, dependiendo del tipo, la duración o la cantidad de la sustancia que se haya usado. Si el clínico se ha cerciorado de que la alteración es debida tanto a enfermedad médica como al consumo de alguna sustancia, pueden realizarse ambos diagnósticos (trastorno psicótico debido a enfermedad médica y trastorno psicótico inducido por sustancias).

El trastorno psicótico debido a enfermedad ha de distinguirse de un **trastorno psicótico primario** (p. ej., esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno esquizoafectivo) o de un trastorno primario del estado de ánimo con síntomas psicóticos. En el trastorno psicótico primario y en el trastorno primario del estado de ánimo con síntomas psicóticos no puede demostrarse la existencia de ninguna enfermedad médica asociada de una forma etiológica directa a través de mecanismos fisiológicos. La edad tardía de inicio (p. ej., la aparición de ideas delirantes por primera vez en un sujeto de más de 35 años) y la ausencia de antecedentes personales o familiares de esquizofrenia o de trastorno delirante sugieren la conveniencia de una evaluación completa para descartar el diagnóstico de un trastorno psicótico debido a enfermedad médica. Las alucinaciones auditivas que implican voces que pronuncian frases complejas son más características de la esquizofrenia que del trastorno psicótico debido a enfermedad médica. En cambio, otros tipos de alucinaciones (visuales, olfatorias) indican normalmente la existencia de un trastorno psicótico debido a enfermedad médica o de un trastorno psicótico inducido por sustancias.

Se diagnostica **trastorno psicótico no especificado** cuando el clínico no puede determinar si la alteración psicótica es primaria, inducida por sustancias o debida a enfermedad médica. Las **alucinaciones hipnagógicas** e **hipnopómpicas** pueden presentarse en sujetos sin ningún trastorno mental, pero sólo se dan al dormirse o al despertarse.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Este trastorno viene recogido en la CIE-10 como alucinosis orgánica o trastorno delirante orgánico, dependiendo del tipo de presentación clínica.

■ Criterios para el diagnóstico de F06.x Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) [293.xx]

- A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F06.x Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) [293.xx] (continuación)

- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Código basado en el síntoma predominante:

.2 Con ideas delirantes: si predominan las ideas delirantes

[Para CIE-9-MC **.81 Con ideas delirantes**]

.0 Con alucinaciones: si predominan las alucinaciones

[Para CIE-9-MC **.82 Con alucinaciones**]

Nota de codificación: Se debe incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.2 Trastorno psicótico debido a neoplasia pulmonar maligna, con ideas delirantes [293.81]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

Nota de codificación: Si, como parte de una demencia previa, se presentan ideas delirantes, indicar las ideas delirantes codificando, si es posible, el subtipo de demencia, por ejemplo, F00.11 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con ideas delirantes [290.20].

Trastorno psicótico inducido por sustancias

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno psicótico inducido por sustancias es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes (Criterio A) que se consideran efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, medicamento o exposición a un tóxico) (Criterio B). No se incluyen las alucinaciones cuando el sujeto es consciente de que son provocadas por una sustancia, ya que éstas deben diagnosticarse como intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, con la especificación de si hay o no alteraciones perceptivas. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (Criterio C). No se establece el diagnóstico si los síntomas psicóticos sólo aparecen en el transcurso de un delirium (Criterio D). Este diagnóstico debe realizarse en lugar del de intoxicación por sustancias o abstinencia sólo si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados con el síndrome de intoxicación o de abstinencia, y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Para un comentario más extenso sobre los trastornos relacionados con sustancias, véase la página 181.

El trastorno psicótico inducido por sustancias se distingue de un trastorno psicótico primario teniendo en cuenta el inicio, el curso y otros factores. En cuanto a las drogas de abuso, tiene que haber pruebas de intoxicación o abstinencia en la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio. Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias sólo se producen en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos psicóticos primarios pueden preceder el inicio del consumo de la sustancia o pueden producirse tras largos períodos de abstinencia. Una vez iniciados, los síntomas psicóticos pueden continuar mientras continúe el consumo de la sustancia. Debido a que en algunas sustancias el síndrome de abstinencia puede aparecer con relativo retraso, el inicio de los síntomas psicóticos puede darse hasta 4 semanas después del abandono de la sustancia. Otra consideración es la referente a la presencia de características atípicas para un trastorno psicótico primario (p. ej., edad de inicio o curso atípicos). Por ejemplo, la aparición por primera vez de ideas delirantes en una persona mayor de 35 años, sin

una historia conocida de un trastorno psicótico primario, debe alertar al clínico sobre la posibilidad de que se encuentre ante un trastorno psicótico inducido por sustancias. Incluso la historia previa de un trastorno psicótico primario no descarta la posibilidad de un trastorno psicótico inducido por sustancias. Se ha sugerido que 9 de cada 10 alucinaciones no auditivas son producto de un trastorno psicótico inducido por sustancias o de un trastorno psicótico debido a enfermedad médica. Por el contrario, los factores que sugieren que los síntomas psicóticos son atribuibles a un trastorno psicótico primario incluyen la persistencia de los síntomas psicóticos durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras el final de la intoxicación o la abstinencia de la sustancia, la aparición de síntomas que son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración del uso, o una historia de trastornos psicóticos primarios recidivantes. Incluso en una persona con intoxicación o abstinencia se han de tener en cuenta otras posibles causas de síntomas psicóticos, ya que los problemas por consumo de sustancias no son raros entre las personas con trastornos psicóticos (presumiblemente) no inducidos por sustancias.

Subtipos y especificaciones

Pueden emplearse los siguientes subtipos para indicar el síntoma predominante en el cuadro. Si hay ideas delirantes y alucinaciones, se debe codificar lo que predomine:

Con ideas delirantes. Este subtipo se emplea si predominan las ideas delirantes.

Con alucinaciones. Este subtipo se emplea si predominan las alucinaciones.

El contexto en el que se hayan iniciado los síntomas psicóticos puede indicarse utilizando las especificaciones siguientes:

De inicio durante la intoxicación. Se debe usar esta especificación si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y si los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia. Se debe usar esta especificación si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y si los síntomas aparecen durante o poco después del síndrome de abstinencia.

Procedimiento de tipificación

En cada caso de trastorno psicótico inducido por sustancias se indica el nombre de la sustancia específica (p. ej., cocaína, metilfenidato, dexametasona) que presuntamente está provocando los síntomas psicóticos. El código diagnóstico se selecciona a partir de la relación de sustancias que se proporciona con los criterios. Para las sustancias que no encajen en ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se debe utilizar el código para «otras sustancias». El código para cada uno de los trastornos psicóticos inducidos por sustancias depende del tipo de sustancia y de si el cuadro está dominado por las ideas delirantes o las alucinaciones. El nombre del trastorno (p. ej., trastorno psicótico inducido por cocaína, trastorno psicótico inducido por metilfenidato) va seguido por el subtipo que indica el tipo de presentación sintomática predominante y de la especificación que indica el contexto en el que aparecen los síntomas (p. ej., F14.51 Trastorno psicótico inducido por cocaína, con ideas delirantes, de inicio durante la intoxicación [292.11]; F19.52 trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con alucinaciones, de inicio durante la intoxicación [292.12]).

Cuando se considera que hay más de una sustancia que desempeña un papel significativo en el desarrollo de los síntomas psicóticos, debe registrarse cada una de ellas por separado. Si se considera que una sustancia es el factor etiológico, pero no se sabe de qué sustancia o clase de sustancias se trata, se utilizará la categoría F19.51 Trastorno psicótico inducido por una sustancia desconocida, con ideas delirantes [292.11], o F19.52 Trastorno psicótico inducido por una sustancia desconocida, con alucinaciones [292.12].

Sustancias específicas

Los trastornos psicóticos pueden presentarse en asociación con la **intoxicación** por las siguientes clases de sustancias: alcohol; alucinógenos; anfetaminas y sustancias de acción similar; *Cannabis*; cocaína; fenciclidina y sustancias de acción similar; inhalantes; opiáceos (meperidina); sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o desconocidas. Los trastornos psicóticos pueden presentarse en asociación con la **abstinencia** de las siguientes clases de sustancias: alcohol; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o desconocidas. El inicio del trastorno varía considerablemente dependiendo de la sustancia. Por ejemplo, fumar una dosis alta de cocaína puede producir psicosis al cabo de pocos minutos, mientras que son necesarios varios días o incluso hasta semanas de consumo de dosis altas de alcohol o sedantes para producir psicosis. Las alucinaciones pueden presentarse en cualquier modalidad. En el trastorno psicótico inducido por el alcohol, con alucinaciones, de inicio durante la abstinencia, las alucinaciones vívidas, persistentes y desagradables aparecen poco después del cese o la reducción de la ingesta de alcohol (en 48 horas). Este trastorno sólo se presenta después de ingestas prolongadas e intensas de alcohol en personas que aparentemente tienen una dependencia del alcohol. Las alucinaciones auditivas son las habituales voces, pero también pueden haber alucinaciones visuales o táctiles.

Los trastornos psicóticos inducidos por la intoxicación por anfetamina y cocaína comparten características clínicas. Las ideas delirantes de persecución pueden aparecer poco después del consumo de anfetamina o de simpaticomiméticos de acción similar. La alucinación de larvas o gusanos que pululan por la piel o debajo de ésta (formicación) puede conducir al rascado y a producir extensas escoriaciones de la piel. El trastorno psicótico inducido por *Cannabis* puede aparecer poco después del consumo de *Cannabis* y normalmente implica la presencia de ideas delirantes de persecución. Aparentemente, este trastorno es poco frecuente. Puede haber una marcada ansiedad, labilidad emocional, despersonalización y amnesia posterior para el episodio. Normalmente, el trastorno remite en 1 día, pero a veces dura algunos días. Las alucinaciones asociadas con la intoxicación por *Cannabis* son poco frecuentes excepto cuando se alcanzan niveles sanguíneos altos.

A veces, los trastornos psicóticos inducidos por sustancias no se resuelven con rapidez al retirar el agente que los causa. Se ha comprobado que sustancias como las anfetaminas, la fenciclidina y la cocaína provocan estados psicóticos temporales que algunas veces persisten durante semanas o incluso más, a pesar de retirar el agente causal y de instaurar un tratamiento con neurolepticos. Inicialmente, estos casos pueden ser difíciles de diferenciar de los trastornos psicóticos no inducidos por sustancias.

Algunos medicamentos provocan síntomas psicóticos, y entre ellos se incluyen anestésicos y analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, antihipertensivos y medicamentos cardiovasculares, antimicrobianos y antiparkinsonianos, agentes quimioterápicos (p. ej., ciclosporina y procarbina), corticosteroides, medicamentos gastrointestinales, relajantes musculares, antiinflamatorios no esteroideos, medicamentos de libre dispensación (p. ej., fenilefrina, pseudoefedrina), antidepresivos y disulfiram. Los tóxicos que se han relacionado con la producción de síntomas psicóticos incluyen anticolinesterasa, insecticidas organofosforados, gases nerviosos, monóxido de carbono, dióxido de carbono y sustancias volátiles como combustibles o pintura.

Diagnóstico diferencial

Únicamente se debe realizar un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias en lugar de un diagnóstico de **intoxicación por sustancias** o de **abstinencia de sustancias** cuando los síntomas psicóticos sean excesivos en relación con los habitualmente asociados a los síndromes de intoxicación o abstinencia, y cuando los síntomas sean de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Los sujetos intoxicados por estimulantes, *Cannabis*, el opiáceo meperidina o la fenciclidina, o bien quienes estén realizando una retirada de alcohol o sedantes, pueden experimentar percepciones alteradas (luces centelleantes, sonidos, ilusiones visuales) que reconocen como efectos de la droga. Si el juicio de realidad de estas experiencias permanece intacto (p. ej., el sujeto reconoce que la percepción está inducida por la sustancia y no la cree cierta ni actúa en base a ella), el diagnóstico no es trastorno psicótico inducido por sustancias. En su lugar, el diagnóstico será **intoxicación por** o **abstinencia de sustancias, con alteraciones perceptivas** (p. ej., intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas). Los *flashbacks* alucinatorios que pueden aparecer largo tiempo después de haber dejado de usar alucinógenos son diagnosticados como **trastorno perceptivo persistente por alucinógenos** (v. pág. 213). Además, si los síntomas psicóticos inducidos por sustancias aparecen exclusivamente en el transcurso de un **delirium**, como ocurre en algunas formas de abstinencia de alcohol, los síntomas psicóticos son considerados un síntoma asociado al delirium y no se diagnostica por separado.

El trastorno psicótico inducido por sustancias se diferencia de un **trastorno psicótico primario** por el hecho de considerar que hay una sustancia que está etiológicamente relacionada con los síntomas (v. pág. 317).

Un trastorno psicótico inducido por sustancias debido a un tratamiento prescrito por una enfermedad mental o médica general debe iniciarse mientras el sujeto está tomando la medicación (o durante la retirada si es que hay un síndrome de abstinencia asociado a dicha medicación). Una vez que el tratamiento ha sido interrumpido, los síntomas psicóticos normalmente remiten al cabo de unos días o de algunas semanas (dependiendo de la vida media de la sustancia y de la existencia de un síndrome de abstinencia). Si los síntomas persisten más allá de 4 semanas, hay que considerar otras posibles causas de los síntomas psicóticos. Puesto que los sujetos con enfermedades médicas suelen tomar medicamentos para estas enfermedades, el clínico debe considerar la posibilidad de que los síntomas psicóticos estén causados por las consecuencias psicológicas de la enfermedad médica más que por la medicación, en cuyo caso se diagnostica **trastorno psicótico debido a enfermedad médica**. Frecuentemente, la historia clínica proporciona la principal base para llegar a esta conclusión. A veces es necesario un cambio en el tratamiento de la enfermedad médica (p. ej., cambio o interrupción del medicamento) para determinar si el medicamento es el agente causal. Si el clínico ha comprobado que la alteración es debida tanto a enfermedad médica como al consumo de una sustancia, deben realizarse ambos diagnósticos (p. ej., trastorno psicótico debido a enfermedad médica y trastorno psicótico inducido por sustancias). Cuando no hay datos suficientes para determinar si los síntomas psicóticos son inducidos por sustancias (incluido un medicamento) o debidos a enfermedad médica, o si son primarios (p. ej., no inducidos por sustancias ni debidos a enfermedad médica), se hablará de **trastorno psicótico no especificado**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 divide este trastorno en dos categorías: F1x.5 (trastorno psicótico debido al consumo de sustancias psicoactivas) si los síntomas psicóticos aparecen durante las primeras 2 semanas de consumo, y F1x.75 (trastorno psicótico de inicio tardío debido al consumo de sustancias psicoactivas) si éstos aparecen entre las 2 y las 6 semanas de haberse iniciado el consumo. Además, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el F1x.5 exigen una duración máxima de 6 meses.

■ Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias

- A. Alucinaciones o ideas delirantes. **Nota:** No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de (1) o (2):
- (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias
 - (2) el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Nota: Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Código para el trastorno psicótico inducido por sustancia específica:

F10.51 Alcohol, con ideas delirantes [291.5]; F10.52 Alcohol, con alucinaciones [291.3]; F16.51 Alucinógenos, con ideas delirantes [292.11]; F16.52 Alucinógenos, con alucinaciones [292.12]; F15.51 Anfetamina (o sustancias de acción similar) con ideas delirantes [292.11]; F15.52 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]; F12.51 *Cannabis*, con ideas delirantes [292.11]; F12.52 *Cannabis*, con alucinaciones [292.12]; F14.51 Cocaína, con ideas delirantes [292.11]; F14.52 Cocaína, con alucinaciones [292.12]; F19.51 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) con ideas delirantes [292.11]; F19.52 Fenciclidina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12]; F18.51 Inhalantes, con ideas delirantes [292.11]; F18.52 Inhalantes, con alucinaciones; F11.51 Opiáceos, con ideas delirantes [292.11]; F11.52 Opiáceos, con alucinaciones [292.12]; F13.51 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con ideas delirantes [292.11]; F13.52 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alucinaciones [292.12]; F19.51 Otras sustancias (o desconocidas), con ideas delirantes [292.11]; F19.52 Otras sustancias (o desconocidas), con alucinaciones [292.12].

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias (*continuación*)

Especificar si (v. la tabla de la pág. 183 para comprobar si es aplicable a la sustancia):

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia

F29 Trastorno psicótico no especificado [298.9]

Esta categoría incluye una sintomatología psicótica (p. ej., ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado) sobre la que no se dispone de una información adecuada para establecer un diagnóstico específico o acerca de la cual hay informaciones contradictorias, o trastornos con síntomas psicóticos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos psicóticos específicos.

Algunos ejemplos serían los siguientes:

1. Psicosis posparto que no cumple los criterios para un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico debido a enfermedad médica o trastorno psicótico inducido por sustancias.
2. Síntomas psicóticos que han durado menos de 1 mes, pero que aún no han remitido y, por tanto, no cumplen los criterios para un trastorno psicótico breve.
3. Alucinaciones auditivas persistentes en ausencia de otras características.
4. Ideas delirantes no extrañas persistentes, con períodos de episodios afectivos superpuestos que han aparecido durante una parte sustancial de la alteración delirante.
5. Situaciones en las que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno psicótico, pero en las que es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias.

Trastornos del estado de ánimo

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco) que han sido incluidos por separado al principio de esta sección para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios no tienen asignados códigos diagnósticos y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera parte de esta sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El **trastorno depresivo mayor** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El **trastorno distímico** se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno depresivo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El **trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El **trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

El **trastorno ciclotímico** se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno bipolar no especificado** se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El **trastorno del estado de ánimo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

Las especificaciones que se describen en la tercera parte de esta sección tienen la finalidad de mejorar la especificidad diagnóstica, crear subgrupos más homogéneos, servir para la elección del tratamiento y mejorar la predicción pronóstica. Algunas de las especificaciones describen el episodio afectivo actual (o el más reciente) (p. ej., **grave/psicótico/en remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el posparto**). La tabla 1 (pág. 384) indica qué especificaciones del episodio son aplicables a cada trastorno del estado de ánimo. Las otras especificaciones describen el curso de los episodios afectivos recidivantes (p. ej., **especificaciones de curso, con patrón estacional, con ciclos rápidos**). La tabla 2 (pág. 395) indica qué especificaciones de curso son aplicables a cada trastorno del estado de ánimo. Las especificaciones que indican gravedad, remisión y síntomas psicóticos pueden codificarse en el cuarto dígito del código diagnóstico en la mayoría de los trastornos del estado de ánimo. Las demás especificaciones no pueden codificarse.

La sección de los trastornos del estado de ánimo está organizada como sigue:

- **Episodios afectivos**

- Episodio depresivo mayor (pág. 326)

- Episodio maníaco (pág. 334)

- Episodio mixto (pág. 339)

- Episodio hipomaniaco (pág. 342)

- **Trastornos depresivos**

- F3x.x Trastorno depresivo mayor [296.xx] (pág. 345)

- F34.1 Trastorno distímico [300.4] (pág. 352)

- F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311] (pág. 357)

- **Trastornos bipolares**

- F3x.x Trastorno bipolar I [296.xx] (pág. 358)

- F31.8 Trastorno bipolar II [296.89] (pág. 367)

- F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13] (pág. 371)

- F31.9 Trastorno bipolar no especificado [296.80] (pág. 374)

- **Otros trastornos del estado de ánimo**

- F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a...

- (indicar enfermedad médica) [293.83] (pág. 375)

- F1x.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias [29x.xx] (pág. 379)
 F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado [296.90] (pág. 384)

• **Especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente**

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total (para un episodio depresivo mayor, pág. 384; para un episodio maníaco, pág. 386; para un episodio mixto, pág. 388)

Crónico (pág. 390)

Con síntomas catatónicos (pág. 390)

Con síntomas melancólicos (pág. 391)

Con síntomas atípicos (pág. 392)

De inicio en el posparto (pág. 394)

• **Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes**

Especificaciones de curso (con o sin recuperación interepisódica completa) (pág. 396)

Con patrón estacional (pág. 397)

Con ciclos rápidos (pág. 398)

Procedimiento de tipificación para el trastorno depresivo mayor y los trastornos bipolar I y bipolar II

Selección de los códigos diagnósticos. Los códigos diagnósticos se seleccionan de la forma siguiente:

Para el trastorno depresivo mayor:

1. Los dos primeros dígitos son F3.
2. El tercer dígito es 2 (si hay un episodio depresivo mayor único) o 3 (si hay episodios depresivos mayores recidivantes).
3. El cuarto dígito indica lo siguiente: 0 para gravedad leve, 1 para gravedad moderada, 2 para los casos graves sin síntomas psicóticos, 3 para casos los graves con síntomas psicóticos, 4 para casos en remisión parcial o total, y 9 si no está especificado.

Para el trastorno bipolar I, con episodio maníaco único:

1. Los tres primeros dígitos son F30.
2. El cuarto dígito es 1 si el episodio maníaco reviste carácter leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos, 2 si es grave y se añade sintomatología psicótica, y 8 si se encuentra en remisión parcial o total.

Para otros trastornos bipolares I:

1. Los tres primeros dígitos son F31.
2. El cuarto dígito depende del tipo y gravedad del episodio más reciente. Para el trastorno bipolar I, en que el episodio más reciente es de tipo hipomaníaco, el dígito adecuado es 0, independientemente de la gravedad de la remisión. Cuando el episodio más reciente es de tipo maníaco, el cuarto dígito es 1 si su intensidad es leve, moderada o grave sin síntomas psicóticos; 2 si ésta es grave y concurren síntomas psicóticos, o 7 si está en remisión parcial o total. Cuando el episodio más reciente es de tipo mixto, el cuarto dígito corresponde a 6, independientemente de la gravedad del episodio mixto. Cuando el episodio más reciente es de tipo depresivo, el cuarto dígito es 3 si su intensidad es leve, o moderada, 4 si es grave sin síntomas psicóticos, 5 si es grave con sín-

tomas psicóticas, y 7 si está en remisión parcial o total. Cuando el episodio más reciente es de tipo inespecífico, el cuarto dígito es 9.

Para el trastorno bipolar II, el código diagnóstico es F31.8 [296.89].

Registro de la denominación del diagnóstico. Al registrar la denominación de un diagnóstico, los términos deben anotarse en el siguiente orden:

1. Nombre del trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar).
2. Especificaciones codificadas en el tercer dígito (p. ej., recidivante, episodio más reciente maníaco).
3. Especificaciones codificadas en el cuarto dígito (p. ej., leve, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial).
4. Todas aquellas especificaciones (sin códigos) que sean aplicables al episodio más reciente (p. ej., con síntomas melancólicos, de inicio en el posparto).
5. Todas aquellas especificaciones (sin códigos) que sean aplicables al curso de los episodios recidivantes (p. ej., con patrón estacional, con ciclos rápidos).

Los siguientes ejemplos ilustran cómo se debe registrar el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo con sus especificaciones:

- F33.1 Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado, con síntomas atípicos, con patrón estacional, con recuperación interepisódica total [296.32]
- F31.5 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, grave con síntomas psicóticos, con síntomas melancólicos, con ciclos rápidos [296.54]

Episodios afectivos

Episodio depresivo mayor

Características del episodio

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o «como en un pozo» (Criterio A1). En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (p. ej., al señalar que el sujeto parece que esté a punto de llorar). En algunos sujetos que se quejan de sentirse «pasotas», sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de «niño mimado» con irritabilidad ante las frustraciones.

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras (Criterio A2). Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones (p. ej., un ávido jugador de golf que lo ha dejado, un niño al que le gustaba el fútbol encuentra excusas para no practicarlo). En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado (Criterio A3).

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio (Criterio A4). Es característico el insomnio medio (p. ej., despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (p. ej., despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo) (Criterio A5). La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva.

Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga (Criterio A6). Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas. Por ejemplo, un sujeto puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal en él.

El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados (Criterio A7). Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Por ejemplo, un vendedor puede preocuparse y autorreprocharse por fracasar en las ventas, incluso aunque el mercado en general esté colapsado y otros vendedores sean también incapaces de lograr ventas. El

sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes (p. ej., un sujeto está convencido de que está personalmente implicado en la pobreza en el mundo). Es muy frecuente el autorreproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión, pero a no ser que alcance una magnitud delirante, esta queja no se considera incluíble dentro de este criterio.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones (Criterio A8). Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque sólo tengan problemas leves de concentración (p. ej., un programador de ordenadores que ya no es capaz de realizar tareas complicadas que antes sí podía llevar a cabo). En los niños, la caída repentina de los resultados en las notas puede ser un reflejo de la falta de concentración. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia («seudodemencia»). Cuando el episodio depresivo mayor es tratado con éxito, suelen desaparecer los problemas de memoria. Sin embargo, en algunos sujetos, especialmente ancianos, el episodio depresivo mayor puede ser la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas (Criterio A9). Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 min) y recurrentes una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej., una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse. Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

No se realiza el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto (Criterio B). Los episodios mixtos se caracterizan por presentar síntomas tanto de un episodio maníaco como de un episodio depresivo mayor prácticamente a diario durante al menos 1 semana.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (p. ej., comer o vestirse) o de mantener una mínima higiene personal.

Es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor. La información puede verse comprometida por los problemas de concentración, el deterioro mnésico o la tendencia a negar, quitar importancia o justificar los síntomas. La información de otras fuentes puede ser especialmente relevante para clarificar el curso de los episodios depresivos mayores actuales o pasados y para valorar si ha habido episodios maníacos o hipomaníacos. Puesto que los episodios depresivos mayores pueden empezar gradualmente, la revisión de la información clínica centrada en los aspectos más graves del episodio actual puede ser útil para detectar la presencia de síntomas. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica (p. ej., cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, diabetes). Algunos de los

criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas (p. ej., pérdida de peso en la diabetes no tratada, fatiga en el cáncer). Este tipo de síntomas se deben atribuir a un episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y completamente atribuibles a una enfermedad médica. Por ejemplo, la pérdida de peso en una persona con colitis ulcerosa que tiene mucho peristaltismo y una ingesta alimentaria escasa no debe atribuirse a un episodio depresivo mayor. Por otro lado, cuando la tristeza, la culpabilidad, el insomnio o la pérdida de peso aparecen en una persona con un infarto de miocardio reciente, cada uno de estos síntomas se atribuye a un episodio depresivo mayor, porque no son clara y completamente atribuibles a los efectos fisiológicos de un infarto de miocardio. Asimismo, cuando los síntomas son claramente debidos a ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo (p. ej., una pérdida de 30 kg de peso relacionada con no comer por la idea delirante de que la comida está envenenada), estos síntomas no se atribuyen a un episodio depresivo mayor.

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas (p. ej., en el contexto de una intoxicación por alcohol o la abstinencia de cocaína), a los efectos secundarios de los medicamentos (p. ej., corticoides) o a la exposición a tóxicos. Asimismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo) (Criterio D). Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir 2 meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos 2 meses, generalmente se consideran resultado de un duelo (v. pág. 700), a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (Criterio E).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (p. ej., anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). Pueden presentarse problemas matrimoniales (p. ej., divorcio), problemas laborales (p. ej., pérdida del trabajo), problemas escolares (p. ej., ausencias, fracaso escolar), abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor, en cuyo caso se señala la especificación de inicio en el posparto (v. pág. 394).

Hallazgos de laboratorio. No se han identificado hallazgos de laboratorio que sean diagnósticos de un episodio depresivo mayor. No obstante, se ha observado que diversos hallazgos de laboratorio son anormales en grupos de sujetos con episodios depresivos mayores, en comparación con sujetos de control. Las anomalías de laboratorio que se asocian con un episodio depresivo mayor parece que son las mismas tanto si el episodio forma parte de un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar I o un trastorno bipolar II. La mayoría de las anomalías de laborato-

rio son dependientes del estado (p. ej., se afectan según la presencia o ausencia de los síntomas depresivos), pero algunos hallazgos preceden al inicio del episodio o persisten tras su remisión. Es más fácil que las pruebas de laboratorio sean anormales en los episodios con síntomas melancólicos o psicóticos y en los sujetos más gravemente deprimidos.

Las alteraciones del EEG del sueño pueden demostrarse en el 40-60 % de los casos ambulatorios y hasta en el 90 % de los pacientes ingresados con un episodio depresivo mayor. Los hallazgos polisomnográficos más frecuentes incluyen: 1) alteraciones de la continuidad del sueño, como una latencia de sueño prolongada, mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz; 2) reducción de los movimientos oculares lentos (NREM) en los estadios 3 y 4 del sueño (sueño de ondas lentas), con un cambio de la actividad de ondas lentas más allá del primer período NREM; 3) disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM) (p. ej., acortamiento de la duración del primer período NREM); 4) aumento de la actividad de la fase REM (p. ej., el número de los movimientos oculares verdaderos durante el REM), y 5) aumento de la duración del sueño REM al principio de la noche. Algunos datos sugieren que estas anomalías del sueño a veces persisten tras la remisión clínica o pueden preceder al inicio de un episodio depresivo mayor.

Los neurotransmisores implicados en la fisiopatología de un episodio depresivo mayor incluyen noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina y ácido gammaaminobutírico. Los datos que implican a estos neurotransmisores parten de la medición de sus niveles en la sangre, el líquido cefalorraquídeo o la orina y de la actividad de los receptores plaquetarios. Otras pruebas de laboratorio anormales son el test de supresión con dexametasona, otras pruebas neuroendocrinas, las técnicas funcionales y estructurales de imagen cerebral, los potenciales evocados y el EEG.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas de la depresión. Si se tienen en cuenta las especificaciones étnicas y culturales que influyen en la presentación de un episodio depresivo mayor, se pueden reducir su infraestimación y los errores diagnósticos. Por ejemplo, en algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de «nervios» y cefaleas (en las culturas latina y mediterránea), de debilidad, cansancio o «falta de equilibrio» (en las culturas china y asiáticas), de problemas en el «corazón» (en las culturas del medio oriente) o de estar «acongojado» (entre los hopi). Estas presentaciones combinan características de los trastornos depresivo, de ansiedad y somatomorfo. Las diversas culturas también pueden diferir en la valoración de la importancia de experimentar o expresar disforia (p. ej., la irritabilidad puede provocar más preocupación que la tristeza o el aislamiento). Las experiencias propias de una cultura (p. ej., el miedo de estar hechizado o embrujado, sensaciones de «calor en la cabeza» o sensaciones de hormigueo debidas a gusanos u hormigas o sensaciones intensas de ser visitado por los muertos) deben ser diferenciadas de las alucinaciones o las ideas delirantes reales que pueden formar parte de un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos. También es obligado que el clínico no reste importancia a un síntoma, simplemente porque es visto como algo «general» en una cultura.

Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta. En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales (especialmente tras-

trornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad que en solitario. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. En los ancianos pueden ser especialmente acusados los síntomas cognoscitivos (p. ej., desorientación, pérdida de memoria y distraibilidad).

Una proporción importante de mujeres refieren un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo mayor unos días antes del inicio de la menstruación. Los estudios realizados indican que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en mujeres que en varones. Véanse los correspondientes apartados de los textos referentes al trastorno depresivo mayor (v. pág. 348), trastorno bipolar I (v. pág. 360) y trastorno bipolar II (v. pág. 368) para la información específica sobre el sexo.

Curso

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período prodromático con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. En una proporción considerable de casos (quizá el 20 o el 30 %), algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar (en cuyo caso se debe anotar la especificación en remisión parcial; pág. 385). La remisión parcial después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores. En algunos sujetos (5-10 %) se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante 2 o más años (en cuyo caso se debe anotar la especificación crónica; v. pág. 390).

Diagnóstico diferencial

Un episodio depresivo mayor debe distinguirse de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo) (v. pág. 375). Esto se determina según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física. Si hay un episodio depresivo mayor y una enfermedad médica, pero se considera que los síntomas depresivos no son un efecto fisiológico directo de la enfermedad médica, entonces el trastorno del estado de ánimo primario se registra en el Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor) y la enfermedad médica se registra en el Eje III (p. ej., infarto de miocardio). Por ejemplo, éste sería el caso si el episodio depresivo mayor se considera una consecuencia psicológica directa de sufrir la enfermedad médica o si no hay relación etiológica entre el episodio depresivo mayor y la enfermedad médica.

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (una droga, un medicamento o un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379). Por ejemplo, el estado de ánimo depresivo que se presenta sólo en el contexto de la abstinencia de cocaína se diagnosticará como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia.

En las personas ancianas suele ser difícil determinar si los síntomas cognoscitivos (p. ej., desorientación, apatía, dificultades para concentrarse, pérdida de memoria) son atribuibles a una **demenia** o a un episodio depresivo mayor. Para aclararlo es útil la evaluación médica completa y una valoración del comienzo de la alteración, la secuencia temporal de los síntomas depresivos y cognoscitivos, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. El estado premórbido del sujeto puede ayudar a diferenciar un episodio depresivo mayor de una demencia. En la demencia suele haber una historia de deterioro de las funciones cognoscitivas, mientras que el sujeto con un episodio depresivo mayor es mucho más probable que tenga un estado premórbido relativamente normal y un deterioro cognoscitivo brusco asociado a la depresión.

Los episodios depresivos mayores con un estado de ánimo muy irritable pueden ser difíciles de distinguir de los **episodios maníacos con estado de ánimo irritable** o de los **episodios mixtos**. Esta distinción requiere una evaluación clínica concienzuda de la presencia de síntomas maníacos. Si se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (exceptuando la duración de 2 semanas) casi cada día durante al menos un período de 1 semana, entonces se trata de un episodio mixto.

La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden darse tanto en un **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** como en un episodio depresivo mayor; si se cumplen los criterios para ambos, puede diagnosticarse el trastorno por déficit de atención con hiperactividad además del trastorno del estado de ánimo. No obstante, el clínico tiene que ser cuidadoso para no sobrediagnosticar episodios depresivos mayores en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los que la alteración del estado de ánimo se caracteriza por la irritabilidad más que por la tristeza o la pérdida de interés.

Un episodio depresivo mayor que se presente en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un **trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo** por el hecho de que en este último no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor. Tras la pérdida de un ser querido, los síntomas depresivos deben atribuirse a un **duelo** y no a un episodio depresivo mayor, incluso si son de número y duración suficientes para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, y a no ser que persistan durante más de 2 meses o incluyan un deterioro funcional importante, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entecimiento psicomotor.

Finalmente, hay que señalar que los **períodos de tristeza** son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no se deben diagnosticar como un episodio depresivo mayor a no ser que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de entre nueve síntomas), duración (p. ej., la mayor parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas) y malestar o deterioro clínicamente significativos. El diagnóstico de **trastorno depresivo no especificado** puede ser apropiado para los cuadros de estado de ánimo depresivo con incapacidad clínica significativa que no cumplen los criterios de duración o gravedad.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 mencionan diez síntomas, a diferencia del DSM-IV (donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad). La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 de 10, el nivel grave. Además, el algoritmo diagnóstico también es distinto, ya que la CIE-10 requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves. La definición de la CIE-10 de los episodios con síntomas psicóticos excluye la presencia de síntomas de primer nivel y delirios extraños.

■ Criterios para el episodio depresivo mayor

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
 - (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
 - (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
 - (4) insomnio o hipersomnia casi cada día
 - (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
 - (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
 - (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 - (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 - (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Episodio maníaco

Características del episodio

Un episodio maníaco se define por un período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este período de estado de ánimo anormal debe durar al menos 1 semana (o menos si se requiere hospitalización) (Criterio A). La alteración del estado de ánimo debe ir acompañada por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. Si el estado de ánimo es irritable (en lugar de elevado o expansivo), debe haber al menos cuatro de los síntomas anteriores (Criterio B). Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto, que se caracteriza por síntomas tanto de un episodio maníaco como de un episodio depresivo mayor, que se presentan casi cada día durante un período de al menos 1 semana (Criterio C). La alteración debe ser suficientemente grave como para ocasionar un importante deterioro social o laboral o para precisar hospitalización, o caracterizarse por la presencia de síntomas psicóticos (Criterio D). El episodio no se deberá a los efectos directos de una droga, un medicamento, otros tratamientos somáticos de la depresión o a la exposición a un tóxico. El episodio no se deberá a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (p. ej., esclerosis múltiple, tumor cerebral) (Criterio E).

El estado de ánimo elevado de un episodio maníaco puede describirse como eufórico, anormalmente bueno, alegre o alto. Si bien el estado de ánimo del sujeto puede inicialmente tener una cualidad contagiosa para el observador externo, los que conocen bien a la persona lo reconocen como excesivo. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por un incesante e indiscriminado entusiasmo en las interacciones interpersonales, sexuales o laborales. Por ejemplo, el sujeto puede iniciar espontáneamente largas conversaciones con extraños en lugares públicos, o un vendedor puede telefonar a casa de gente desconocida a primera hora de la mañana para empezar las ventas. Aunque el estado de ánimo elevado se considera el síntoma prototípico, la alteración del estado de ánimo predominante es a veces la irritabilidad, especialmente cuando se contradicen los deseos del sujeto. También se observa con frecuencia labilidad del estado de ánimo (p. ej., la alternancia entre la euforia y la irritabilidad).

Es característico que se dé una exageración de la autoestima, que va desde la confianza en uno mismo carente de autocrítica hasta una evidente grandiosidad que puede alcanzar proporciones delirantes (Criterio B1). Los sujetos pueden dar consejos en materias sobre las que no tienen especiales conocimientos (p. ej., cómo hay que dirigir las Naciones Unidas). A pesar de no tener ningún especial talento o experiencia, el sujeto puede lanzarse a escribir una novela o a componer una sinfonía o a buscar publicidad para un invento sin ninguna utilidad práctica. Son frecuentes las ideas delirantes de grandeza (p. ej., tener una relación especial con Dios o con alguna figura del mundo político, religioso o del espectáculo).

Casi invariablemente, hay un descenso de la necesidad de dormir (Criterio B2). El sujeto suele despertarse varias horas más temprano de lo habitual, sintiéndose lleno de energía. Cuando el trastorno del sueño es grave, el sujeto puede llevar días sin dormir sin sentirse cansado.

El lenguaje de tipo maníaco es típicamente verborreico, fuerte, rápido y difícil de interrumpir (Criterio B3). Los sujetos pueden hablar sin parar, algunas veces durante horas y sin importarles los deseos de comunicarse de los demás. A veces el discurso está caracterizado por chistes, juegos de palabras e impertinencias divertidas. El sujeto puede mostrarse teatral, con manierismos dramáticos y cantos. La elección de las palabras puede estar más dominada por los sonidos que por las relaciones conceptuales significativas (p. ej., asonancias). Si el estado de ánimo del sujeto

es más irritable que expansivo, el discurso puede estar marcado por quejas, comentarios hostiles o peroratas furiosas.

Los pensamientos pueden ser muy rápidos, a veces incluso más rápidos de lo que pueden ser verbalizados (Criterio B4). Algunos sujetos con episodios maníacos refieren que esta experiencia se parece a ver dos o tres programas de televisión al mismo tiempo. Frecuentemente hay una fuga de ideas que se manifiesta por un flujo casi continuo de lenguaje acelerado, con cambios bruscos de un tema a otro. Por ejemplo, mientras está hablando de una potencial estrategia para vender ordenadores, un vendedor puede pasar a disertar con todo detalle de la historia de los chips de los ordenadores, la revolución industrial o las matemáticas aplicadas. Cuando la fuga de ideas es grave, el lenguaje puede volverse desorganizado e incoherente.

La distraibilidad (Criterio B5) se pone de manifiesto por la incapacidad para apartar los estímulos externos irrelevantes (p. ej., la corbata del entrevistador, los ruidos de fondo de las conversaciones o de los accesorios de la habitación). Puede haber una reducción de la capacidad para diferenciar los pensamientos pertinentes al tema de los que tienen poco que ver con él, o de los que son claramente irrelevantes.

Es frecuente que el aumento de la actividad intencionada implique una excesiva planificación o participación en múltiples actividades (p. ej., sexuales, laborales, políticas, religiosas) (Criterio B6). Se suele presentar un aumento de los impulsos, las fantasías y los comportamientos sexuales. El sujeto puede asumir varias empresas nuevas al mismo tiempo, sin tener en cuenta los posibles riesgos o la necesidad de acabar bien cada una de ellas. Casi invariablemente, hay un aumento de la sociabilidad (p. ej., reencontrando a viejos conocidos o llamando a los amigos o incluso a desconocidos a cualquier hora del día o de la noche), sin tener en cuenta la naturaleza entrometida, dominante y demandante de estas interacciones. Frecuentemente, estos sujetos demuestran una agitación o inquietud psicomotoras, paseando o manteniendo varias conversaciones al mismo tiempo (p. ej., por teléfono y en persona al mismo tiempo). Algunos sujetos escriben un torrente de cartas sobre temas distintos a amigos, personajes públicos o medios de comunicación.

Con frecuencia, la expansividad, el optimismo inmotivado, la grandiosidad y el empobrecimiento del juicio conducen a una implicación imprudente en actividades placenteras como compras desmesuradas, conducción temeraria, inversiones económicas poco razonables y comportamientos sexuales inusuales, que pueden tener consecuencias graves (Criterio B7). El sujeto se puede proveer de muchas cosas innecesarias (p. ej., 20 pares de zapatos, antigüedades caras) sin tener el dinero con que pagarlas. El comportamiento sexual inusual puede incluir infidelidad o encuentros sexuales indiscriminados con personas desconocidas.

La desorganización resultante de la alteración puede ser lo bastante grave como para provocar un deterioro importante de la actividad o para precisar hospitalización con el fin de proteger al sujeto de las consecuencias negativas de sus actos, que son resultado del empobrecimiento de su juicio crítico (p. ej., pérdidas económicas, actividades ilegales, pérdida de empleo, comportamiento agresivo). Por definición, la presencia de síntomas psicóticos durante un episodio maníaco da lugar a un deterioro importante de la actividad (Criterio D).

Síntomas similares a los que se dan en un episodio maníaco pueden aparecer como resultado de los efectos directos de un medicamento antidepressivo, una terapéutica electroconvulsiva, una terapéutica lumínica o un medicamento prescrito para algunas enfermedades médicas (p. ej., corticosteroides). Estos cuadros no se consideran episodios maníacos y no deben conducir al establecimiento de un diagnóstico de trastorno bipolar I. Por ejemplo, si una persona con un trastorno depresivo mayor presenta síntomas maníacos después de un tratamiento antidepressivo, el episodio se diagnostica como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maníacos, y no hay que cambiar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor por el de trastorno bipolar I. Hay datos que sugieren que los sujetos que presentan episodios similares a la manía tras algún tratamiento somático de la depresión pueden presentar una «diátesis» bipolar. Estos sujetos pueden tener más probabilidades de presentar futuros episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos que no

estén relacionados con sustancias o con tratamientos somáticos para la depresión. Ésta puede ser una consideración especialmente importante en niños y adolescentes.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Es frecuente que los sujetos con un episodio maníaco no reconozcan que están enfermos y que se resistan a los intentos de tratamiento. Pueden viajar impulsivamente a otras ciudades, perdiendo el contacto con los familiares o los cuidadores. Pueden cambiar su vestimenta, el maquillaje o la apariencia personal hacia un estilo más llamativo o sugerente sexualmente, que resulta extraño en ellos. También pueden involucrarse en actividades que tienen una cualidad desorganizada o rara (regalar caramelos o dinero, o aconsejar a cualquier desconocido con el que se encuentren). El episodio maníaco puede acompañarse de juego patológico y comportamientos antisociales. Las consideraciones éticas pueden quedar olvidadas, incluso para personas que habitualmente son tenidas por muy responsables (p. ej., un corredor de bolsa puede comprar y vender valores de forma inapropiada y sin el conocimiento o la autorización de los clientes; un científico puede apropiarse de los hallazgos de otros). El sujeto puede estar hostil y amenazar físicamente a los demás. Algunos sujetos, en especial los que tienen síntomas psicóticos, se vuelven físicamente agresivos o suicidas. Las consecuencias adversas de un episodio maníaco (p. ej., hospitalización involuntaria, problemas legales o problemas económicos graves) a menudo son el resultado del empobrecimiento del juicio y la hiperactividad. Cuando ya han superado el episodio maníaco, la mayoría de los sujetos se sienten apenados por su comportamiento durante el episodio maníaco. Algunos sujetos refieren tener los sentidos del olfato, el oído o la visión más finos (p. ej., los colores parecen más brillantes). Cuando hay síntomas catatónicos (p. ej., estupor, mutismo, negativismo y trastornos posturales), se ha de indicar la especificación con síntomas catatónicos (v. pág. 390).

El estado de ánimo puede cambiar muy rápidamente de la ira a la depresión. Los síntomas depresivos pueden durar unos momentos, horas o más raramente días. No es raro que los síntomas depresivos y los síntomas maníacos aparezcan simultáneamente. El episodio se considera mixto si los criterios para un episodio depresivo mayor y para un episodio maníaco se cumplen cada día durante al menos 1 semana (v. pág. 339). A medida que se desarrolla el episodio maníaco, suele haber un aumento sustancial del consumo de alcohol o estimulantes, que pueden exacerbar o prolongar el episodio.

Hallazgos de laboratorio. No se han identificado hallazgos de laboratorio que sean diagnósticos de un episodio maníaco. Sin embargo, se ha visto que algunos datos de laboratorio son anormales en los grupos de sujetos maníacos en comparación con los de los controles. Los hallazgos de laboratorio en los episodios maníacos incluyen anomalías polisomnográficas, aumento de la secreción de cortisol y ausencia de la respuesta de no supresión con dexametasona. Puede haber anomalías que afecten los sistemas neurotransmisores de noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina o ácido gammaaminobutírico, según se ha demostrado en estudios de los metabolitos de los neurotransmisores, actividad de los receptores, provocación farmacológica y función neuroendocrina.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Las consideraciones respecto a la cultura que se sugirieron en relación con los episodios depresivos mayores también son aplicables a los episodios maníacos (v. pág. 330). Los episodios maníacos en adolescentes son más proclives a incluir síntomas psicóticos y pueden asociarse a

mala comportamiento escolar, comportamiento antisocial, fracaso escolar o consumo de sustancias. Una minoría significativa de adolescentes parece tener una historia de problemas de comportamiento de larga duración que preceden al inicio del episodio maníaco franco. No está claro si estos problemas representan los pródromos prolongados de un trastorno bipolar o si son un trastorno independiente. Para una información específica respecto al sexo, véanse los apartados correspondientes en los textos sobre trastorno bipolar I (pág. 360) y trastorno bipolar II (pág. 368).

Curso

La edad media de inicio de un primer episodio maníaco se sitúa en los primeros años de la tercera década de la vida, pero hay algunos casos de inicio en la adolescencia y otros que comienzan después de los 50 años. Los episodios maníacos comienzan de forma brusca, con un aumento rápido de los síntomas en pocos días. Frecuentemente, los episodios maníacos aparecen después de un estrés psicosocial. Los episodios suelen durar de algunas semanas a varios meses y son más breves y con un final más brusco que los episodios depresivos mayores. En muchos casos (50-60 %) un episodio depresivo mayor precede o sigue de forma inmediata a un episodio maníaco, sin que haya un período intermedio de eutimia. Si el episodio maníaco se presenta en el período puerperal, puede haber un aumento del riesgo de recurrencias en otros períodos puerperales y debe aplicarse la especificación de inicio en el posparto (v. pág. 394).

Diagnóstico diferencial

Un episodio maníaco debe diferenciarse de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico apropiado debe ser trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, tumor cerebral, síndrome de Cushing) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas maníacos no son un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, entonces el trastorno primario del estado de ánimo se registra en el Eje I (p. ej., trastorno bipolar I) y la enfermedad médica se registra en el Eje III (p. ej., infarto de miocardio). Un inicio tardío de un primer episodio maníaco (p. ej., después de los 50 años) debe alertar al clínico sobre la posibilidad de que la causa del trastorno sea una enfermedad médica o una sustancia.

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se diferencia de un episodio maníaco por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. página 379). Síntomas como los que se dan en un episodio maníaco pueden ser precipitados por una droga (p. ej., los síntomas maníacos que sólo se producen en el contexto de una intoxicación por cocaína serían diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas maníacos, de inicio durante la intoxicación). Síntomas como los que se dan en un episodio maníaco también pueden ser precipitados por un tratamiento antidepressivo, bien sea un medicamento, una terapéutica electroconvulsiva o una terapéutica lumínica. Estos episodios también son diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por amitriptilina, con síntomas maníacos; trastorno del estado de ánimo inducido por la terapéutica electroconvulsiva, con síntomas maníacos).

Los episodios maníacos deben ser distinguidos de los **episodios hipomaníacos**. Si bien los episodios maníacos y los episodios hipomaníacos tienen unos síntomas característicos idénticos, la alteración en el episodio hipomaníaco no es tan grave como para provocar un deterioro social

o laboral importante, ni para requerir hospitalización. Algunos episodios hipomaníacos evolucionan hasta episodios maníacos completos.

Los **episodios depresivos mayores con estado de ánimo con predominio del humor irritable** pueden resultar difíciles de distinguir de los episodios maníacos con estado de ánimo irritable o con los **episodios mixtos**. Esta decisión requiere una evaluación clínica cuidadosa de la presencia de los síntomas maníacos. Si se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor casi cada día durante al menos 1 semana, dicho cuadro constituye un episodio mixto.

Un **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** y un episodio maníaco se caracterizan los dos por una actividad excesiva, comportamiento impulsivo, empobrecimiento del juicio y negación de problemas. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se distingue de un episodio maníaco por su inicio típicamente temprano (p. ej., antes de los 7 años), su curso crónico en lugar de episódico, la falta de un inicio y final relativamente claros y la ausencia del estado de ánimo expansivo o elevado o de síntomas psicóticos.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el episodio maníaco mencionan nueve síntomas, a diferencia de los siete que contiene el DSM-IV. Estos dos síntomas adicionales hacen referencia a impulsos sexuales acusados o indiscreciones y pérdida de las inhibiciones sociales normales. No obstante, el número de síntomas requeridos por los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 es igual al del DSM-IV (es decir, tres síntomas si el estado de ánimo es de carácter disfórico, y cuatro si es de carácter irritable), lo que probablemente da lugar a una definición más amplia del episodio maníaco en la CIE-10.

■ Criterios para el episodio maníaco

- A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
 - (1) autoestima exagerada o grandiosidad
 - (2) disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
 - (3) más hablador de lo habitual o verborreico
 - (4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
 - (5) distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
 - (6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora

(continúa)

Criterios para el episodio maníaco (*continuación*)

- (7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)
- C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto (v. pág. 341).
- D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático anti-depresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Episodio mixto

Características del episodio

Un episodio mixto se caracteriza por un período de tiempo (de al menos 1 semana de duración) en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (Criterio A). El sujeto experimenta estados de ánimo que se alternan con rapidez (tristeza, irritabilidad, euforia), acompañados de síntomas de un episodio maníaco (v. pág. 308) y de un episodio depresivo mayor (v. pág. 326). Los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración debe ser suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, o está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos (Criterio B). La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) (Criterio C). Síntomas similares a los que se producen en un episodio mixto pueden ser debidos a los efectos directos de un medicamento antidepressivo, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica o a medicación prescrita para alguna enfermedad médica (p. ej., corticoides). Estos cuadros no se consideran episodios mixtos y no indican la existencia de un trastorno bipolar I. Por ejemplo, si una persona con un trastorno depresivo mayor recidivante presenta un cuadro de síntomas mixtos durante un tratamiento con antidepressivos, el diagnóstico del episodio es trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas mixtos, y no hay que cambiar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor por el de trastorno bipolar I. Algunos datos sugieren que puede haber una «diátesis» bipolar en los sujetos que presentan episodios similares a los mixtos después de un tratamiento somático para la depresión. Estos sujetos pueden tener más probabilidades de presentar episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos no relacionados con sustancias

o tratamientos somáticos para la depresión. Esta consideración puede ser especialmente importante en niños y adolescentes.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Las características asociadas de un episodio mixto son parecidas a las de los episodios maníacos y los episodios depresivos mayores. Los sujetos pueden estar desorganizados en el pensamiento o el comportamiento. Puesto que los sujetos con episodios mixtos experimentan más disforia que los que presentan episodios maníacos, pueden ser más proclives a buscar ayuda médica.

Hallazgos de laboratorio. Los hallazgos de laboratorio en los episodios mixtos no están bien estudiados, aunque algunos datos sugieren hallazgos fisiológicos y endocrinos parecidos a los que se encuentran en los episodios depresivos mayores.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Las consideraciones sobre la cultura que se han hecho para los episodios depresivos mayores también son aplicables a los episodios mixtos (v. pág. 330). Los episodios mixtos parecen ser más frecuentes en sujetos jóvenes y en mayores de 60 años con trastorno bipolar, y puede que sean más frecuentes en varones que en mujeres.

Curso

Los episodios mixtos pueden surgir de un episodio maníaco o de un episodio depresivo mayor o *de novo*. Por ejemplo, en un sujeto con 3 semanas de síntomas maníacos seguidas de 1 semana de síntomas tanto maníacos como depresivos, se debe cambiar el diagnóstico de trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, por el de trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto. Los episodios mixtos pueden durar de semanas a varios meses y pueden remitir hasta un período con pocos o ningún síntomas o evolucionar a un episodio depresivo mayor. Es mucho menos frecuente que un episodio mixto evolucione a un episodio maníaco.

Diagnóstico diferencial

Un episodio mixto debe diferenciarse de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico apropiado debe ser trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, tumor cerebral, síndrome de Cushing) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas maníacos no son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, entonces el trastorno primario del estado de ánimo se registra en el Eje I (p. ej., trastorno bipolar I) y la enfermedad médica se registra en el Eje III (p. ej., infarto de miocardio).

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se diferencia de un episodio mixto por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379).

Síntomas como los que se dan en un episodio maníaco pueden ser precipitados por una droga (p. ej., los síntomas mixtos maníacos y depresivos que sólo se producen en el contexto de una intoxicación por cocaína serían diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas mixtos, de inicio durante la intoxicación). Síntomas como los que se dan en un episodio mixto también pueden ser precipitados por un tratamiento antidepressivo, bien sea un medicamento, terapéutica electroconvulsiva o terapéutica lumínica. Estos episodios también son diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por amitriptilina, con síntomas mixtos; trastorno del estado de ánimo inducido por la terapéutica electroconvulsiva, con síntomas mixtos).

Los **episodios depresivos mayores con estado de ánimo con predominio del humor irritable** y los **episodios maníacos con estado de ánimo con predominio del humor irritable** pueden ser difíciles de distinguir de los episodios mixtos. Esta decisión requiere una evaluación clínica cuidadosa de la presencia simultánea de síntomas característicos tanto de un episodio completo como de un episodio depresivo mayor completo (excepto por la duración).

Un **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** y un episodio mixto se caracterizan los dos por una actividad excesiva, un comportamiento impulsivo, un empobrecimiento del juicio y la negación de problemas. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se distingue de un episodio mixto por su inicio típicamente temprano (p. ej., antes de los 7 años), su curso crónico en lugar de episódico, la falta de un inicio y final relativamente claros y la ausencia del estado de ánimo expansivo a elevado o de síntomas psicóticos. Algunas veces, los niños con un trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentan síntomas depresivos como baja autoestima y tolerancia a la frustración. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, se debe diagnosticar trastorno por déficit de atención con hiperactividad además del trastorno del estado de ánimo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren una duración de los síntomas de como mínimo 2 semanas.

■ **Criterios para el episodio mixto**

- A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco (v. pág. 338) como para un episodio depresivo mayor (v. pág. 333) (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.
- B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepressivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Episodio hipomaniaco

Características del episodio

Un episodio hipomaniaco se define como un período delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos 4 días (Criterio A). Este período de estado de ánimo anormal debe ir acompañado por al menos otros tres síntomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad (no delirante), disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de las actividades intencionadas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves (Criterio B). Si el estado de ánimo es irritable (en lugar de elevado o expansivo), debe haber al menos cuatro de los síntomas anteriores. Esta lista de síntomas adicionales es idéntica a la que define un episodio maniaco (v. página 334) excepto en que no puede haber ideas delirantes y alucinaciones. El estado de ánimo durante un episodio hipomaniaco debe ser claramente distinto del estado de ánimo habitual del sujeto cuando no está deprimido y tiene que haber un cambio claro de su actividad habitual (Criterio C). Puesto que los cambios del estado de ánimo y de la actividad han de ser observables por otras personas (Criterio D), la evaluación de este criterio suele requerir la intervención de otros informadores (p. ej., los familiares). La historia obtenida de otros informadores es particularmente importante en la evaluación de los adolescentes. Contrariamente a lo que sucede en un episodio maniaco, un episodio hipomaniaco no es suficientemente grave como para ocasionar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, ni está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos (Criterio E). En algunos sujetos el cambio de la actividad puede tomar la forma de un importante aumento de la eficiencia, los logros y la creatividad. Sin embargo, en otros la hipomanía puede causar un cierto deterioro social o laboral. La alteración del estado de ánimo y los demás síntomas no se deben a los efectos directos de una droga, un medicamento, otros tratamientos somáticos de la depresión (terapéutica electroconvulsiva o terapéutica lumínica) o de la exposición a un tóxico. El episodio tampoco se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (p. ej., esclerosis múltiple, tumor cerebral) (Criterio F). Síntomas similares a los que se dan en un episodio hipomaniaco pueden ser debidos a los efectos directos de un medicamento antidepressivo, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica o a un medicamento prescrito para algunas enfermedades médicas (p. ej., corticosteroides). Estos cuadros no se consideran episodios hipomaniacos y no deben conducir al establecimiento de un diagnóstico de trastorno bipolar II. Por ejemplo, si una persona con un trastorno depresivo mayor presenta síntomas de un episodio similar a la hipomanía después de un tratamiento antidepressivo, el episodio se diagnostica como un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maniacos, y no hay que cambiar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor por el de trastorno bipolar II. Hay datos que sugieren que los sujetos que presentan episodios similares a la manía o la hipomanía tras algún tratamiento somático de la depresión pueden presentar una «diátesis» bipolar. Estos sujetos pueden tener mayores probabilidades de presentar futuros episodios maniacos o hipomaniacos que no estén relacionados con sustancias o con tratamientos somáticos para la depresión.

El estado de ánimo elevado en un episodio hipomaniaco se describe como eufórico, extrañamente bueno, alegre o alto. Si bien el estado de ánimo del sujeto puede inicialmente tener una cualidad contagiosa para el observador externo, los que conocen bien a la persona lo reconocen como excesivo. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por el entusiasmo en las interacciones sociales, interpersonales o laborales. Aunque el estado de ánimo elevado se considera el síntoma prototípico, la alteración predominante del estado de ánimo puede ser la irritabilidad o alternar la euforia y la irritabilidad. Es característico que exista una exageración de la autoestima, normalmente en un nivel de confianza en sí mismo carente de autocrítica, más que en el de una

evidente grandiosidad (Criterio B1). Muy a menudo hay un descenso de la necesidad de dormir (Criterio B2); el sujeto se despierta más temprano de lo habitual y lleno de energía. El discurso de un sujeto con un episodio hipomaniaco suele ser algo más enérgico y más rápido de lo habitual, pero en general no es difícil de interrumpir. Puede estar repleto de chistes, equívocos, juegos de palabras y desatinos (Criterio B3). La fuga de ideas es rara y, si se da, es de duración muy breve (Criterio B4).

Suele haber distraibilidad, como se pone de manifiesto por los cambios rápidos del discurso o la actividad en respuesta a diversos estímulos externos irrelevantes (Criterio B5). El aumento de la actividad intencionada puede implicar la planificación o participación en múltiples actividades (Criterio B6). Frecuentemente, estas actividades son creativas y productivas (p. ej., escribir una carta al editor, ordenar documentos). Suele haber un aumento de la sociabilidad y puede existir un aumento de la actividad sexual. Pueden presentarse actos impulsivos como compras desmesuradas, conducción temeraria e inversiones económicas poco razonables (Criterio B7). No obstante, estas actividades están bien organizadas, no son extrañas y no dan lugar al deterioro característico de un episodio maniaco.

Síntomas dependientes de la cultura y la edad

Las consideraciones respecto a la cultura que se sugirieron en relación con los episodios depresivos mayores también son aplicables a los episodios hipomaniacos (v. pág. 330). En las personas más jóvenes (p. ej., adolescentes) los episodios hipomaniacos pueden ir asociados a ausencias escolares, comportamiento antisocial, fracaso escolar o consumo de sustancias.

Curso

En general, los episodios hipomaniacos comienzan de forma brusca, con un incremento rápido de los síntomas en 1 o 2 días. Los episodios suelen durar de algunas semanas a varios meses y son más breves y con un final más brusco que los episodios depresivos mayores. En muchos casos el episodio hipomaniaco puede ir precedido o seguido de un episodio depresivo mayor. Los estudios disponibles sugieren que un 5-15 % de los sujetos con hipomanía acabarán presentando un episodio maniaco.

Diagnóstico diferencial

Un episodio hipomaniaco debe diferenciarse de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración de estado de ánimo se considera una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, tumor cerebral, síndrome de Cushing) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas hipomaniacos no son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, entonces el trastorno primario del estado de ánimo se registra en el Eje I (p. ej., trastorno bipolar II) y la enfermedad médica se registra en el Eje III (p. ej., infarto de miocardio).

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se diferencia de un episodio hipomaniaco por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379). Síntomas como los que se dan en un episodio hipomaniaco pueden ser precipitados

por una droga (p. ej., los síntomas hipomaníacos que sólo se producen en el contexto de una intoxicación por cocaína serían diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas maníacos, de inicio durante la intoxicación). Síntomas como los que se dan en un episodio hipomaníaco también pueden ser precipitados por un tratamiento antidepresivo, bien sea un medicamento, terapéutica electroconvulsiva o terapéutica lumínica. Estos episodios también son diagnósticos como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por amitriptilina, con síntomas maníacos; trastorno del estado de ánimo inducido por la terapéutica electroconvulsiva, con síntomas maníacos).

Los **episodios maníacos** deben ser distinguidos de los episodios hipomaníacos. Si bien los episodios maníacos y los episodios hipomaníacos tienen unos síntomas idénticos, la alteración en el episodio hipomaníaco no es tan grave como para provocar un deterioro importante social o laboral ni para requerir hospitalización. Algunos episodios hipomaníacos evolucionan hasta episodios maníacos completos.

Un **trastorno por déficit de atención con hiperactividad** y un episodio hipomaníaco se caracterizan los dos por una actividad excesiva, un comportamiento impulsivo, un empobrecimiento del juicio y la negación de problemas. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad se distingue de un episodio hipomaníaco por su inicio típicamente temprano (p. ej., antes de los 7 años), su curso crónico en lugar de episódico, la falta de un inicio y final relativamente claros y la ausencia del estado de ánimo expansivo a elevado.

Un episodio hipomaníaco se debe distinguir de la **eutimia**, especialmente en los sujetos que han estado crónicamente deprimidos y que no están acostumbrados a la experiencia de un estado de ánimo no depresivo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el episodio hipomaníaco mencionan dos síntomas adicionales —aumento de la energía sexual e incremento de la sociabilidad— y no recogen algunos síntomas presentes en el DSM-IV, en concreto aumento de la autoestima y fuga de ideas. Además, los criterios de la CIE-10 no exigen que el cambio del estado de ánimo sea observable por los demás.

■ Criterios para el episodio hipomaníaco

- A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
 - (1) autoestima exagerada o grandiosidad
 - (2) disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
 - (3) más hablador de lo habitual o verborreico

Criterios para el episodio hipomaniaco (*continuación*)

- (4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
 - (5) distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
 - (6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora
 - (7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)
- C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.
- E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.
- F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los hipomaniacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepressivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

Trastornos depresivos

Trastorno depresivo mayor

Características diagnósticas

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores (v. pág. 326) sin historia de episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos (Criterios A y C). Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio B).

El tercer dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica si se trata de un episodio único (utilizado sólo para los primeros episodios) o si es recidivante. Algunas veces es difícil distinguir un episodio único con síntomas fluctuantes de dos episodios independientes. Por lo que respecta a este manual, se considera que ha terminado un episodio cuando no se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor al menos durante 2 meses seguidos. Durante este período de 2 meses hay una resolución completa de los síntomas o presencia de síntomas depresivos que ya han dejado de cumplir los criterios completos para un episodio depresivo mayor (en remisión parcial).

El cuarto dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor indica el estado actual de la alteración. Si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, se indica la gravedad del episodio como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos. Si en aquel momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito se emplea para indicar si el trastorno está en remisión parcial o en remisión total (v. pág. 385).

Si se presenta un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco en el curso de un trastorno depresivo mayor, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar. Sin embargo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos aparecen como efecto directo de un tratamiento antidepresivo, del consumo de otros medicamentos, del consumo de sustancias o de la exposición a tóxicos, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos). Del mismo modo, si los síntomas maníacos o hipomaníacos se producen como efecto directo de una enfermedad médica, sigue siendo apropiado el diagnóstico de trastorno depresivo mayor y debe anotarse el diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos).

Especificaciones

Se pueden utilizar las siguientes especificaciones para describir el episodio depresivo mayor actual (o para el episodio depresivo mayor más reciente si en ese momento no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor):

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total (v. pág. 385)

Crónico (v. pág. 390)

Con síntomas catatónicos (v. pág. 390)

Con síntomas melancólicos (v. pág. 391)

Con síntomas atípicos (v. pág. 392)

De inicio en el posparto (v. pág. 394)

Para indicar el patrón de los episodios y la presencia de sintomatología interepisódica en el trastorno depresivo mayor, recidivante, pueden utilizarse las especificaciones siguientes:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación total interepisódica) (v. pág. 396)

Con patrón estacional (v. pág. 397)

Procedimientos de tipificación

Los códigos diagnósticos para el trastorno depresivo mayor se seleccionan de la forma siguiente:

1. Los primeros dos dígitos son F3.
2. El tercer dígito puede ser 2 (si hay un único episodio depresivo mayor) o 3 (si hay episodios depresivos mayores recidivantes).
3. El cuarto dígito indica lo siguiente: 0 para gravedad leve, 1 para gravedad moderada, 2 para casos graves sin síntomas psicóticos, 3 para casos graves con síntomas psicóticos, 4 para casos en remisión parcial o total y 9 si no está especificado.

Al registrar el nombre de un diagnóstico, hay que enumerar los términos en el orden siguiente: trastorno depresivo mayor, especificaciones codificadas en el tercer dígito (p. ej., recidivante), especificaciones codificadas en el cuarto dígito (p. ej., leve, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial), las especificaciones (sin códigos) aplicables al episodio más reciente (p. ej., con síntomas melancólicos, de inicio en el posparto) y las especificaciones (sin códigos) aplicables al curso de los episodios (p. ej., con recuperación total interepisódica); por ejemplo, F33.1 Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado, con síntomas atípicos, con patrón estacional, con recuperación total interepisódica [296.32].

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15 %. Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años aumentan hasta llegar a cuadruplicarse. Los sujetos con trastorno depresivo mayor ingresados en residencias geriátricas pueden tener un mayor riesgo de muerte en el primer año. De los sujetos visitados en consultas de medicina general, los que presentan un trastorno depresivo mayor tienen más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal.

El trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico (en un 10 % en estudios epidemiológicos y en un 15-25 % en población clínica). También se estima que cada año aproximadamente el 10 % de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán un primer episodio depresivo mayor. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que el trastorno depresivo mayor (p. ej., trastornos relacionados con sustancias, trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad).

Hallazgos de laboratorio. Las anomalías de laboratorio asociadas con el trastorno depresivo mayor son las que se asocian con los episodios depresivos mayores (v. pág. 329). Ninguno de estos hallazgos es diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, pero se ha visto que son anormales en grupos de sujetos con trastorno depresivo mayor si se comparan con los controles. La mayoría de las anomalías de laboratorio son dependientes del estado (p. ej., sólo aparecen cuando hay síntomas depresivos). No obstante, hay datos que sugieren que algunas alteraciones del EEG del sueño persisten durante la remisión clínica o pueden preceder al inicio del episodio depresivo mayor.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. El trastorno depresivo mayor puede asociarse a enfermedades médicas crónicas. Hasta un 20-25 % de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (p. ej., diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica. Si hay un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico, menos favorable.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Las características específicas relacionadas con la cultura se exponen en el texto referente al episodio depresivo mayor (v. pág. 330). El trastorno depresivo mayor (único o recidivante), tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. En la edad prepubescente los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años.

Prevalencia

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general han variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil.

Curso

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El curso del trastorno depresivo mayor, recidivante, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Algunos datos sugieren que, en general, los períodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior. Aproximadamente, se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto. Entre el 5 y el 10 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, presentan más tarde un episodio maniaco (p. ej., presentan un trastorno bipolar I).

Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos tercios de los casos) y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente (en aproximadamente un tercio de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepisódica. Por tanto, las especificaciones de curso, con recuperación interepisódica total sin recuperación interepisódica total (v. pág. 396), pueden tener valor pronóstico. Algunos sujetos presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo mayor, episodio único. Hay datos que sugieren que estos sujetos tienen más probabilidades de presentar otros episodios depresivos mayores, tienen una peor recuperación interepisódica y pueden necesitar un tratamiento más intenso en la fase aguda y un período más largo de tratamiento continuado para alcanzar y mantener un estado eufórico más completo y de larga duración.

Los estudios de seguimiento del curso natural sugieren que después de 1 año del diagnóstico de un episodio depresivo mayor el 40 % de los sujetos presenta aún síntomas que son de la suficiente gravedad como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, más o menos el 20 % sigue teniendo algunos síntomas que ya no cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor (p. ej., trastorno depresivo mayor, en remisión parcial) y un 40 % no presenta trastorno del estado de ánimo. La gravedad del episodio depresivo mayor inicial parece ser predictora de la persistencia del trastorno. También las enfermedades médicas son un factor de riesgo para episodios más persistentes.

A menudo, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios del trastorno depresivo mayor y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor.

Es difícil predecir en qué casos el primer episodio de un trastorno depresivo mayor en una persona joven va a convertirse finalmente en un trastorno bipolar. Algunos datos sugieren que el inicio agudo de una depresión grave, especialmente con síntomas psicóticos y enlentecimiento psicomotor, en una persona joven sin psicopatología prepuberal, es probable que sea predictor de un curso bipolar. La historia familiar de trastorno bipolar también es sugerente de la aparición posterior de un trastorno bipolar.

Patrón familiar

El trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Hay pruebas de un mayor riesgo de dependencia del alcohol en familiares biológicos de primer grado adultos y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con este trastorno.

Diagnóstico diferencial

Véase el apartado «Diagnóstico diferencial» en el capítulo del episodio depresivo mayor (pág. 331). Una historia de un **episodio maniaco, mixto o hipomaniaco** excluye el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. La presencia de episodios hipomaniacos (sin historia de ningún episodio maniaco) indica el diagnóstico de trastorno bipolar II. La presencia de episodios maniacos o mixtos (con o sin episodios hipomaniacos) indica el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Los episodios depresivos mayores en un trastorno depresivo mayor deben ser diferenciados de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas depresivos no son la consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, el trastorno primario del estado de ánimo se anota el Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor) y la enfermedad médica se anota en el Eje III (p. ej., infarto de miocardio). Por ejemplo, éste sería el caso si se considera que el episodio depresivo mayor es la consecuencia psicológica directa de tener la en-

fermedad médica o si no hay relación etiológica entre el episodio depresivo mayor y la enfermedad médica.

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se diferencia de los episodios depresivos mayores en un trastorno depresivo mayor por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera que está etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379). Por ejemplo, el estado de ánimo depresivo que se presenta únicamente en el contexto de una abstinencia de cocaína sería diagnosticado como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia.

El **trastorno distímico** y el trastorno depresivo mayor se distinguen en base a la gravedad, la cronicidad y la persistencia. En el trastorno depresivo mayor el estado de ánimo depresivo debe estar presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 2 semanas, mientras que en el trastorno distímico debe estar presente la mayoría de los días a lo largo de un período de al menos 2 años. El diagnóstico diferencial entre el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor resulta especialmente difícil por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en cuanto al inicio, la duración, la persistencia y la gravedad no son fáciles de evaluar retrospectivamente. El trastorno depresivo mayor suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años. Si el en el inicio de la alteración los síntomas depresivos crónicos son de suficiente gravedad y número como para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, el diagnóstico debe ser trastorno depresivo mayor, crónico (si todavía se cumplen los criterios), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios). Sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico con posterioridad a un trastorno depresivo mayor si el trastorno distímico se produjo antes del primer episodio depresivo mayor (p. ej., ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de los síntomas distímicos) o si ha habido una remisión total del episodio depresivo mayor (p. ej., que dure al menos 2 meses) antes del inicio del trastorno distímico.

El **trastorno esquizoafectivo** difiere del trastorno depresivo mayor, con síntomas psicóticos, por la exigencia de que en el trastorno esquizoafectivo tiene que haber al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones que aparezcan en ausencia de síntomas afectivos acusados. Puede haber síntomas depresivos durante la **esquizofrenia**, el **trastorno delirante** y el **trastorno psicótico no especificado**. En la mayoría de los casos estos síntomas depresivos pueden considerarse características asociadas a estos trastornos y no son tributarios de un diagnóstico independiente. No obstante, puede realizarse un diagnóstico de trastorno depresivo no especificado adicional al diagnóstico de esquizofrenia, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado cuando los síntomas depresivos cumplan los criterios completos para un episodio depresivo mayor (o cuando son de especial significación clínica). La esquizofrenia, tipo catatónico, puede ser difícil de diferenciar de un trastorno depresivo mayor, con síntomas catatónicos. Los antecedentes personales y familiares son útiles a la hora de hacer esta distinción.

En los ancianos suele ser difícil determinar si los síntomas cognoscitivos (p. ej., desorientación, apatía, dificultades de concentración, pérdida de memoria) son atribuibles a una **demenia** o a un episodio depresivo mayor de un trastorno depresivo mayor. El diagnóstico diferencial puede basarse en una evaluación médica general completa y en la consideración del inicio de la alteración, la secuencia temporal de los síntomas depresivos y cognoscitivos, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. El estado premórbido del sujeto puede ayudar a diferenciar un trastorno depresivo mayor de una demencia. En la demencia suele haber una historia premórbida de deterioro de las funciones cognoscitivas, mientras que el sujeto con un trastorno depresivo mayor es mucho más probable que tenga un estado premórbido relativamente normal y un deterioro cognoscitivo brusco asociado a la depresión.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Al margen de las diferencias en la propia definición del episodio depresivo mayor, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen un umbral distinto para definir cuándo el trastorno se considera un episodio aislado *versus* dos episodios separados recidivantes. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 exigen la presencia de un período libre de cualquier síntoma significativo de alteración del estado de ánimo de por lo menos 2 meses entre estos episodios, mientras que los criterios del DSM-IV requieren un intervalo de como mínimo 2 meses consecutivos, en que no se cumpla la totalidad de criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor.

■ **Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x]**

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor (v. pág. 333).
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. pág. 341) o un episodio hipomaníaco (v. pág. 344). **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente (v. pág. 384):

- .0 **Leve**
- .1 **Moderado**
- .2 **Grave sin síntomas psicóticos**
- .3 **Grave con síntomas psicóticos**
- .4 **En remisión parcial/en remisión total**
- .9 **No especificado**

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

[Para CIE-9-MC **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 384)]

Crónico (v. pág. 390)

Con síntomas catatónicos (v. pág. 390)

Con síntomas melancólicos (v. pág. 391)

Con síntomas atípicos (v. pág. 392)

De inicio en el posparto (v. pág. 394)

■ Criterios para el diagnóstico de F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante [296.3x]

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores (v. pág. 333).

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. pág. 341) o un episodio hipomaníaco (v. pág. 344). **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente (v. pág. 384):

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

[Para CIE-9-MC **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 384)

Crónico (v. pág. 390)

Con síntomas catatónicos (v. pág. 390)

Con síntomas melancólicos (v. pág. 391)

Con síntomas atípicos (v. pág. 392)

De inicio en el posparto (v. pág. 394)

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica) (v. pág. 396)

Con patrón estacional (v. pág. 397)

F34.1 Trastorno distímico [300.4]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2

años (Criterio A). Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o «desanimado». En los niños, el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración mínima exigida es sólo de 1 año. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnía, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (Criterio B). Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (p. ej., «yo siempre he sido así», «esta es mi forma de ser»), es frecuente que no sean referidos a no ser que sean preguntados directamente por el entrevistador.

A lo largo del período de 2 años (1 año en niños y adolescentes), los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses (Criterio C). Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos (Criterio D). Si los síntomas depresivos crónicos incluyen un episodio depresivo mayor durante los 2 años iniciales, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor, crónico (si se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor). Después de los 2 primeros años del trastorno distímico, pueden sobreañadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores. En estos casos («depresión doble») se diagnostica tanto el trastorno depresivo mayor como el trastorno distímico. Una vez que la persona vuelve a la línea de base distímica (p. ej., dejan de cumplirse los criterios para el episodio depresivo mayor, pero persisten los síntomas distímicos), sólo se diagnostica el trastorno distímico.

No se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maníaco (v. pág. 334), un episodio mixto (v. pág. 339), o un episodio hipomaníaco (v. pág. 342) o si alguna vez se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico (Criterio E). No se establece el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o el trastorno delirante (Criterio F), en cuyo caso se consideran características asociadas de estos trastornos. Tampoco se diagnostica un trastorno distímico si la alteración es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., alcohol, medicamentos antihipertensivos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo, enfermedad de Alzheimer) (Criterio G). Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio H).

Especificaciones

La edad de inicio y el patrón característico de los síntomas en el trastorno distímico pueden indicarse utilizando las especificaciones siguientes:

Inicio temprano. Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce antes de los 21 años. Estos sujetos tienen más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores.

Inicio tardío. Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce a los 21 años o con posterioridad.

Con síntomas atípicos. Se debe usar esta especificación si el patrón de los síntomas durante los 2 últimos años del trastorno cumple los criterios de síntomas atípicos (v. pág. 392).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor (pág. 329). Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son los sentimientos de incompetencia; la pérdida generalizada de interés o de placer; el aislamiento social; los sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado; los sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, y el descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad. (El apéndice B proporciona una alternativa al Criterio B para uso en investigación, que incluye estos ítems). En los sujetos con trastorno distímico los síntomas vegetativos (p. ej., sueño, apetito, cambio de peso y síntomas psicomotores) parecen ser menos frecuentes que en los sujetos con un episodio depresivo mayor. Cuando hay un trastorno distímico sin un trastorno depresivo mayor previo, existe un riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor en el futuro (el 10 % de los sujetos con un trastorno distímico presentará un trastorno depresivo mayor a lo largo del año siguiente). El trastorno distímico puede ir asociado a los trastornos de la personalidad límite, histriónico, narcisista, por evitación y por dependencia. Sin embargo, la valoración de las características de los trastornos de la personalidad en estos sujetos es difícil, porque los síntomas crónicos del estado de ánimo pueden contribuir a los problemas interpersonales o estar asociados a una percepción de sí mismos distorsionada. Otros trastornos crónicos del Eje I (p. ej., la dependencia de sustancias) o el estrés psicossocial crónico pueden ir asociados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, a los trastornos de comportamiento, los trastornos de ansiedad, los trastornos del aprendizaje y el retraso mental.

Hallazgos de laboratorio. Entre el 25 y el 50 % de los adultos con trastorno distímico presentan algunas de las características polisomnográficas que se encuentran en algunos sujetos con trastorno depresivo mayor (p. ej., reducción de la latencia de los movimientos oculares rápidos [REM], aumento de la densidad REM, reducción del sueño de ondas lentas, deterioro de la continuidad del sueño). Los sujetos con anomalías polisomnográficas es más frecuente que presenten una historia familiar positiva de trastorno depresivo mayor (y pueden responder mejor a la medicación antidepressiva) que los sujetos con trastorno distímico sin anomalías EEG. No está claro si las anomalías polisomnográficas también se encuentran en los trastornos distímicos «puros» (p. ej., sujetos sin historia previa de episodios depresivos mayores). La no supresión con dexametasona en el trastorno distímico no es habitual, a no ser que también se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

En los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

Prevalencia

La prevalencia-vida del trastorno distímico (con o sin un trastorno depresivo mayor superpuesto) es aproximadamente del 6 %. La prevalencia puntual del trastorno distímico es aproximadamente del 3 %.

Curso

Frecuentemente, el trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso (p. ej., en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta), así como un curso crónico. Habitualmente, en el marco clínico, los sujetos con trastorno distímico presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto, que suele ser la razón por la que buscan tratamiento. Si el trastorno distímico precede al inicio del trastorno depresivo mayor, es menos probable que se produzca una recuperación completa espontánea entre los episodios depresivos mayores y hay más probabilidades de presentar más episodios posteriores.

Patrón familiar

El trastorno distímico es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor que entre la población general.

Diagnóstico diferencial

Véase el apartado «Diagnóstico diferencial» del trastorno depresivo mayor (pág. 349). El diagnóstico diferencial entre el trastorno distímico y el **trastorno depresivo mayor** resulta especialmente difícil por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en inicio, duración, persistencia y gravedad, no son fáciles de evaluar retrospectivamente. Normalmente, el trastorno depresivo mayor consiste en uno o más episodios depresivos mayores diferenciados que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años. Cuando el trastorno distímico es de muchos años de duración, la alteración de estado de ánimo no puede distinguirse con facilidad del funcionamiento «normal» del sujeto. Si al iniciarse los síntomas depresivos crónicos, éstos son de suficiente gravedad y número para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, el diagnóstico será trastorno depresivo mayor, crónico (si todavía se cumplen los criterios), o trastorno depresivo mayor, en remisión parcial (si ya no se cumplen los criterios). Sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico con posterioridad a un trastorno depresivo mayor si el trastorno distímico se produjo antes del primer episodio depresivo mayor (p. ej., ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de los síntomas distímicos) o si ha habido una remisión total del episodio depresivo mayor (p. ej., que dure al menos 2 meses) antes del inicio del trastorno distímico.

Los síntomas depresivos pueden ser una característica asociada habitual en los **trastornos psicóticos crónicos** (p. ej., el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno delirante). No se establece un diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas se presentan únicamente en el curso del trastorno psicótico (incluidas las fases residuales).

El trastorno distímico debe ser diferenciado del **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas depresivos no son la consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, el trastorno primario del estado de ánimo se anota en el Eje I (p. ej., trastorno distímico) y la enfermedad médica se anota en el Eje III (p. ej., diabetes mellitus). Por ejemplo, éste sería el caso si se considera que los síntomas depresivos son la consecuencia psicológica directa de tener la enfermedad médica o si no hay relación etiológica entre los síntomas depresivos y la enfermedad médica. Un

trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se diferencia de un trastorno distímico por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera que está etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. página 379). Es frecuente que haya indicios de una **alteración coexistente de la personalidad**. Cuando el cuadro cumple los criterios tanto para trastorno distímico como para trastorno de la personalidad, se establecerán ambos diagnósticos.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 exigen que el estado de ánimo depresivo se acompañe de 3 síntomas de una lista de 11 (que contiene, por su parte, 5 de los 6 síntomas que aparecen en el DSM-IV). Además, la CIE-10 limita la coexistencia de episodios depresivos mayores a «ninguno o muy pocos» y especifica que el trastorno distímico puede aparecer justo después de un episodio depresivo sin que medie un período de remisión total.

■ Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico [300.4]

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - (1) pérdida o aumento de apetito
 - (2) insomnio o hipersomnia
 - (3) falta de energía o fatiga
 - (4) baja autoestima
 - (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - (6) sentimientos de desesperanza
- C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor (v. pág. 333) durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico [300.4]
(continuación)

- E. Nunca ha habido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. página 341) o un episodio hipomaníaco (v. pág. 344) y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos (v. pág. 392)

F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo (v. pág. 639) o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (v. pág. 640). Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado (v. pág. 456). Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones (v. los criterios sugeridos para investigación en la pág. 731).
2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor (v. los criterios sugeridos para investigación en la pág. 735).
3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asocia-

- dos con los ciclos menstruales) (v. los criterios sugeridos para investigación en la página 738).
4. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia (v. los criterios sugeridos para investigación en la pág. 727).
 5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
 6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

Trastornos bipolares

Este apartado incluye el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, la ciclotimia y el trastorno bipolar no especificado. Hay seis criterios para el trastorno bipolar I: episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado. El trastorno bipolar I, episodio maníaco único, se utiliza para describir a los sujetos que están presentando un primer episodio de manía. Los demás criterios son empleados para especificar la naturaleza del episodio actual (o más reciente) en los sujetos que han tenido episodios afectivos recidivantes.

Trastorno bipolar I

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno bipolar I es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos (v. pág. 334) o episodios mixtos (v. pág. 339). Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores (v. pág. 345). Los episodios de trastorno del estado de ánimo inducidos por sustancias (debido a los efectos directos de un medicamento) otros tratamientos somáticos de la depresión, una droga o la exposición a un tóxico, o los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica no se tienen en cuenta para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar I. Además, los episodios no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. El trastorno bipolar I se subclasifica en el tercer dígito del código según se trate de un primer episodio (p. ej., episodio maníaco único) o el trastorno sea recidivante. La recidiva viene indicada por un cambio en la polaridad del episodio o por un intervalo entre los episodios de al menos 2 meses sin síntomas maníacos. Un cambio en la polaridad se define como un curso clínico en el que un episodio depresivo mayor evoluciona hasta un episodio maníaco o un episodio mixto, o en el que un episodio maníaco o un episodio mixto evolucionan hasta un episodio depresivo mayor. Por el contrario, un episodio hipomaníaco que evolucione hasta un episodio maníaco o un episodio mixto, o un episodio maníaco que evolucione hasta un episodio mixto (o viceversa), se considera que sólo es un episodio único. En los trastornos bipolares recidivantes la naturaleza de los episodios actuales (o del más reciente) puede ser especificada como sigue: episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado.

Especificaciones

Para describir el episodio maníaco, mixto o depresivo mayor actual, se pueden utilizar las siguientes especificaciones para el trastorno bipolar I (o para el episodio maníaco, mixto o depresivo mayor más reciente, si en ese momento no se cumplen los criterios para un episodio maníaco, mixto o depresivo mayor):

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total** (v. pág. 385)
- Con síntomas catatónicos** (v. pág. 390)
- De inicio en el parto** (v. pág. 394)

Las especificaciones siguientes sólo son aplicables al episodio depresivo mayor actual (o más reciente) en el único caso de que sea el tipo más reciente de episodio afectivo:

- Crónico** (v. pág. 390)
- Con síntomas melancólicos** (v. pág. 391)
- Con síntomas atípicos** (v. pág. 392)

Para indicar el patrón de los episodios pueden utilizarse las especificaciones siguientes:

- Especificación de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica total)** (v. página 396)
- Con patrón estacional** (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)
- Con ciclos rápidos** (v. pág. 398)

Procedimientos de tipificación

Para el trastorno bipolar I, con un único episodio maníaco:

1. Los tres primeros dígitos son F30.
2. El cuarto dígito es 1 si el episodio maníaco reviste carácter leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos, 2 si es grave y se añade sintomatología psicótica y 8 si se encuentra en remisión parcial o total.

Para otros trastornos bipolares I:

1. Los tres primeros dígitos son F31.
2. El cuarto dígito depende del tipo y gravedad del episodio más reciente. Para el trastorno bipolar I, en que el episodio más reciente es de tipo hipomaníaco, el dígito adecuado es 0, prescindiendo de la gravedad o la remisión. Cuando el episodio más reciente es de tipo maníaco, el cuarto dígito es 1 si su intensidad es leve, moderada o grave sin síntomas psicóticos; 2 si ésta es grave y concurren síntomas psicóticos, y 7 si está en remisión parcial o total. Cuando el episodio más reciente es de tipo mixto, el cuarto dígito corresponde a 6, independientemente de la gravedad del episodio mixto. Cuando el episodio más reciente es de tipo depresivo, el cuarto dígito es 3 si su intensidad es leve o moderada, 4 si es grave sin síntomas psicóticos, 5 si es grave con síntomas psicóticos, y 7 si está en remisión parcial o total. Cuando el episodio más reciente es de tipo inespecífico, el cuarto dígito es 9.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El suicidio consumado se produce en el 10-15 % de los sujetos con trastorno bipolar I. Durante los episodios maníacos graves o con síntomas psicóticos pueden producirse agresiones a los hijos o al cónyuge y otros comportamientos violentos. Otros problemas asociados son ausencias escolares, fracaso escolar, fracaso laboral, divorcio y comportamiento antisocial episódico. Otros trastornos mentales asociados incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de angustia, fobia social y trastornos relacionados con sustancias.

Hallazgos de laboratorio. No parece que existan datos de laboratorio que diferencien los episodios depresivos mayores propios del trastorno depresivo mayor de los propios del trastorno bipolar I.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Una edad de inicio de un primer episodio maníaco después de los 40 años debe alertar al clínico sobre la posibilidad de que los síntomas se deban a enfermedad médica o al consumo de una sustancia. Hay algunos indicios de que la enfermedad tiroidea no tratada empeora el pronóstico del trastorno bipolar I.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

No hay datos que indiquen una incidencia diferencial del trastorno bipolar I en razón de la raza a que se pertenezca. Hay algunos indicios de que, en algunos grupos étnicos y en los sujetos más jóvenes, los clínicos pueden tener una tendencia a sobrediagnosticar la esquizofrenia (en lugar de trastorno bipolar). Aproximadamente el 10-15 % de los adolescentes con episodios depresivos mayores recidivantes presentarán un trastorno bipolar I. Los episodios mixtos parecen ser más proclives a producirse en adolescentes y adultos jóvenes que en adultos mayores.

Algunos estudios epidemiológicos recientes realizados en Estados Unidos muestran que el trastorno bipolar I tiene una frecuencia prácticamente idéntica en varones y en mujeres (a diferencia del trastorno depresivo mayor que es más frecuente en mujeres). El sexo parece estar relacionado con el orden de aparición de los episodios maníacos y depresivos mayores. En los varones es más probable que el primer episodio sea un episodio maníaco. En las mujeres es más probable que sea un episodio depresivo mayor. Las mujeres con trastorno bipolar I tienen un mayor riesgo de presentar episodios posteriores (a menudo psicóticos) en el período del posparto inmediato. Algunas mujeres tienen su primer episodio durante el período del posparto. La especificación de inicio en el posparto puede utilizarse para indicar que el comienzo del episodio se produjo en las primeras 4 semanas tras el alumbramiento (v. pág. 394). El período premenstrual puede asociarse con un empeoramiento de un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco ya existente.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno bipolar I en las muestras de población general varía entre el 0,4 y el 1,6 %.

Curso

El trastorno bipolar I es un trastorno recidivante: más del 90 % de los sujetos que tienen un episodio maníaco único presentará futuros episodios. Aproximadamente el 60-70 % de los episo-

dios maníacos se presentan inmediatamente antes o después de un episodio depresivo mayor. Frecuentemente, los episodios maníacos preceden o siguen a los episodios depresivos mayores con un patrón característico especial para cada persona. La cantidad de episodios a lo largo de la vida (tanto maníacos como depresivos mayores) tiende a ser mayor en el trastorno bipolar I que en el trastorno depresivo mayor, recidivante. Los estudios de curso del trastorno bipolar I previos al tratamiento de mantenimiento con litio sugieren que se presentan cuatro episodios por cada 10 años por término medio. El intervalo entre los episodios tiende a disminuir a medida que aumenta la edad. Hay algunos indicios de que los cambios del ritmo sueño-vigilia, como los que se dan durante los viajes o la privación de sueño, pueden precipitar o exacerbar un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Aproximadamente el 5-15 % de los sujetos con un trastorno bipolar I presentan múltiples (cuatro o más) episodios afectivos (depresivos mayores, maníacos, mixtos o hipomaníacos) en el período de 1 año. Si se da este patrón, se anota con la especificación con ciclos rápidos (v. pág. 398). El patrón de ciclos rápidos se asocia a un mal pronóstico.

Aunque la mayoría de los sujetos con un trastorno bipolar I vuelven a la normalidad total entre los episodios, algunos (20-30 %) siguen mostrando una labilidad afectiva y dificultades interpersonales o laborales. Los síntomas psicóticos pueden aparecer al cabo de días o semanas en lo que antes era un episodio maníaco o mixto no psicótico. Cuando un sujeto presenta episodios maníacos con síntomas psicóticos, es más probable que los episodios maníacos posteriores tengan síntomas psicóticos. La recuperación interepisódica incompleta es más frecuente cuando el episodio actual está acompañado por síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

Patrón familiar

Los familiares biológicos de primer grado de las personas con un trastorno bipolar I presentan tasas aumentadas de trastorno bipolar I (4-24 %), trastorno bipolar II (1-5 %) y trastorno depresivo mayor (4-24 %). Los estudios sobre gemelos y sobre la adopción proporcionan sólidas pruebas de la influencia genética en el trastorno bipolar I.

Diagnóstico diferencial

Los episodios depresivos mayores, maníacos, mixtos e hipomaníacos en un trastorno bipolar I deben ser diferenciados de **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física.

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se diferencia de los episodios depresivos mayores, maníacos o mixtos que se dan en un trastorno bipolar I por el hecho de que una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera que está etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379). Síntomas similares a los que se observan en un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco pueden ser parte de una intoxicación o una abstinencia de una droga y deben ser diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (p. ej., el estado de ánimo eufórico que se presenta únicamente en el contexto de una intoxicación por cocaína se diagnosticará como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas maníacos, de inicio durante la intoxicación). Síntomas similares a los que se observan en un episodio maníaco o mixto también pueden ser provocados por tratamientos antidepresivos, como son un medicamento, la terapéutica electroconvulsiva o la terapéutica lumínica. Estos episodios pueden ser diagnosticados como trastorno del estado

de ánimo inducido por sustancias (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por amitriptilina, con síntomas maníacos; trastorno del estado de ánimo inducido por la terapéutica electroconvulsiva, con síntomas maníacos) y no son tenidos en cuenta para establecer un diagnóstico de trastorno bipolar I. Sin embargo, cuando se considera que la sustancia o el medicamento utilizados no explican completamente un episodio (p. ej., el episodio continúa de manera autónoma durante un período de tiempo considerable después de haberse suprimido la sustancia), el episodio se tiene en cuenta para realizar el diagnóstico de trastorno bipolar I.

El trastorno bipolar I se distingue del **trastorno depresivo mayor** y del **trastorno distímico** por la historia a lo largo de la vida de al menos un episodio maníaco o mixto. El trastorno bipolar I se distingue del **trastorno bipolar II** por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos. Cuando un sujeto previamente diagnosticado de trastorno bipolar II presenta un episodio maníaco o mixto, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar I.

En el **trastorno ciclotímico** se dan numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor y períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de síntomas o duración para un episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar I se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos. Si se presenta un episodio maníaco o mixto después de los primeros 2 años de un trastorno ciclotímico, se pueden diagnosticar ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I.

El diagnóstico diferencial entre los **trastornos psicóticos** (p. ej., trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y trastorno delirante) y el trastorno bipolar I es a veces difícil (especialmente en adolescentes), porque estos trastornos pueden compartir algunos síntomas en su presentación (p. ej., ideas de grandiosidad y persecución, irritabilidad, agitación y síntomas catatónicos) y en el inicio de su curso. Al contrario que en el trastorno bipolar I, la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante están caracterizados por períodos de síntomas psicóticos que se presentan en ausencia de síntomas afectivos importantes. Otras consideraciones de interés incluyen los síntomas asociados, el curso previo y la historia familiar. Los síntomas maníacos y depresivos pueden presentarse en una esquizofrenia, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado, pero rara vez son suficientes en número, duración e importancia como para cumplir los criterios para un episodio maníaco o un episodio depresivo mayor. Sin embargo, cuando se cumplen los criterios completos (o cuando los síntomas son de una especial importancia), además del diagnóstico de esquizofrenia, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado, se puede realizar el diagnóstico de **trastorno bipolar no especificado**.

Si se da una alternancia muy rápida (en días) entre los síntomas maníacos y los síntomas depresivos (p. ej., varios días de síntomas maníacos puros seguidos de varios días de síntomas depresivos puros), que no cumplen los criterios de duración mínima para un episodio maníaco o un episodio depresivo mayor, el diagnóstico debe ser **trastorno bipolar no especificado**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Al margen de las diferencias existentes entre los criterios diagnósticos para el episodio maníaco y el episodio depresivo mayor, la definición de la CIE-10 del trastorno afectivo bipolar (es decir, cualquier combinación de episodios hipomaníacos, maníacos, mixtos y depresivos) no hace ninguna distinción entre trastorno bipolar I y II.

■ Criterios para el diagnóstico de F30.x Trastorno bipolar I, episodio maníaco único [296.0x]

- A. Presencia de un único episodio maníaco (v. pág. 338), sin episodios depresivos mayores anteriores.

Nota: La recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, o como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maníacos.

- B. El episodio maníaco no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente (pág. 341)

.1 Leve/moderado/grave sin síntomas psicóticos

.2 Grave con síntomas psicóticos

.8 En remisión parcial/en remisión total

Especificar si:

Mixto: si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341)

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

[Para CIE-9-MC **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 386)

Con síntomas catatónicos (v. pág. 390)

De inicio en el posparto (v. pág. 394)

■ Criterios para el diagnóstico de F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco [296.40]

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaníaco (v. pág. 344).
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco (v. pág. 338) o un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica) (v. pág. 396)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

Con ciclos rápidos (v. pág. 398)

■ **Criterios para el diagnóstico de F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco [296.4x]**

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio maníaco (v. pág. 338).
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor (v. pág. 333) un episodio maníaco (v. pág. 338) o un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente (pág. 386)

- .1 Leve/moderado/grave sin síntomas psicóticos**
- .2 Grave con síntomas psicóticos**
- .7 En remisión parcial/en remisión total**

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

[Para CIE-9-MC **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 386)]

Con síntomas catatónicos (v. pág. 390)

De inicio en el posparto (v. pág. 394)

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica) (v. pág. 396)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

Con ciclos rápidos (v. pág. 398)

■ **Criterios para el diagnóstico de F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto [296.6x]**

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio mixto (v. pág. 341).
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor (v. página 333), un episodio maníaco (v. pág. 338) o un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto [296.6x] (continuación)

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión (v. pág. 388)]

Con síntomas catatónicos (v. pág. 390)

De inicio en el posparto (v. pág. 394)

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica) (v. pág. 396)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

Con ciclos rápidos (v. pág. 398)

Criterios para el diagnóstico de F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo [296.5x]

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor (v. pág. 333).
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco (v. pág. 332) o un episodio mixto (v. pág. 335).
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente (pág. 385)

.3 Leve/moderado

.4 Grave sin síntomas psicóticos

.5 Grave con síntomas psicóticos

.7 En remisión parcial/en remisión total

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

[Para CIE-9-MC **Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión** (v. pág. 384)]

Crónico (v. pág. 390)

Con síntomas catatónicos (v. pág. 390)

Con síntomas melancólicos (v. pág. 391)

Con síntomas atípicos (v. pág. 392)

De inicio en el posparto (v. pág. 394)

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo [296.5x] (continuación)

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica) (v. pág. 396)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

Con ciclos rápidos (v. pág. 398)

Criterios para el diagnóstico de F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado [296.7]

- A. Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio hipomaníaco (v. página 344), un episodio mixto (v. pág. 341) o un episodio depresivo mayor (v. pág. 333).
- B. Previamente se han presentado al menos un episodio maníaco (v. pág. 338) o un episodio mixto (v. pág. 341).
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica) (v. pág. 396)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

Con ciclos rápidos (v. pág. 398)

F31.8 Trastorno bipolar II [296.89] (episodios depresivos mayores recidivantes con episodios hipomaníacos)

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno bipolar II es un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores (Criterio A) acompañados por al menos un episodio hipomaníaco (Criterio B). Los episodios hipomaníacos no se tienen que confundir con los días de eutimia que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor. La presencia de un episodio maníaco o mixto impide que se realice el diagnóstico de trastorno bipolar II (Criterio C). Los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debido a los efectos fisiológicos directos de un medicamento, a otros tratamientos somáticos para la depresión, drogas o a exposición a tóxicos) o los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica no se consideran válidos para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar II. Además, los episodios no deben explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no han de estar superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio D). Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). En algunos casos los episodios hipomaníacos no causan deterioro por sí mismos. En su lugar, el deterioro puede ser consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón crónico de episodios afectivos impredecibles y de una actividad interpersonal o laboral con fluctuaciones.

Los sujetos con un trastorno bipolar II puede que no consideren patológicos los episodios hipomaníacos, a pesar de que los demás se vean afectados por su comportamiento cambiante. Con frecuencia los sujetos, especialmente cuando se encuentran en pleno episodio depresivo mayor, no recuerdan los períodos de hipomanía, a no ser por mediación de los amigos o los familiares. La información de otras personas suele ser crucial para establecer el diagnóstico de un trastorno bipolar II.

Especificaciones

Deben utilizarse las siguientes especificaciones para el trastorno bipolar II para indicar el episodio actual o el más reciente:

Hipomaníaco. Se utiliza esta especificación si el episodio actual (o el más reciente) es un episodio hipomaníaco.

Depresivo. Se utiliza esta especificación si el episodio actual (o el más reciente) es un episodio depresivo mayor.

Pueden utilizarse las especificaciones siguientes para describir el episodio depresivo mayor actual de un trastorno bipolar II (o el episodio depresivo mayor más reciente si está actualmente en remisión sólo si es el tipo más reciente de episodio afectivo):

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total (v. pág. 385)

Crónico (v. pág. 390)

Con síntomas catatónicos (v. pág. 390)

Con síntomas melancólicos (v. pág. 391)

Con síntomas atípicos (v. pág. 392)

De inicio en el posparto (v. pág. 394)

Pueden utilizarse las especificaciones siguientes para indicar el patrón o la frecuencia de los episodios:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica) (v. página 396)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

Con ciclos rápidos (v. pág. 398)

Procedimiento de tipificación

El código diagnóstico para el trastorno bipolar II es F31.8 [296.89]; ninguna de las especificaciones es codificable. Al registrar el nombre del diagnóstico, los términos se tienen que enumerar en el orden siguiente: trastorno bipolar II, especificaciones que indican el episodio actual o más reciente (p. ej., hipomaniaco, depresivo), todas las especificaciones que sean aplicables al episodio depresivo mayor actual o más reciente (p. ej., moderado, con síntomas melancólicos, de inicio en el posparto) y todas las especificaciones que se apliquen al curso de los episodios (p. ej., con patrón estacional); por ejemplo, F31.8 Trastorno bipolar II, depresivo, grave con síntomas psicóticos, con síntomas melancólicos, con patrón estacional [296.89].

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El suicidio consumado (normalmente durante los episodios depresivos mayores) es un riesgo importante, ya que se da en el 10-15 % de las personas con trastorno bipolar II. Las ausencias escolares, el fracaso escolar o laboral y el divorcio pueden asociarse con el trastorno bipolar II. Los trastornos mentales asociados incluyen el abuso o la dependencia de sustancias, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de angustia, fobia social y trastorno límite de la personalidad.

Hallazgos de laboratorio. No parece que haya datos de laboratorio capaces de distinguir los episodios depresivos mayores de un trastorno depresivo mayor de los de un trastorno bipolar II.

Síntomas dependientes del sexo

El trastorno bipolar II parece ser más frecuente en las mujeres que en los varones. Las mujeres con un trastorno bipolar II parecen tener un mayor riesgo de presentar episodios posteriores en el período inmediato al posparto.

Prevalencia

Los estudios en la población general sugieren que la prevalencia del trastorno bipolar II es aproximadamente del 0,5 %.

Curso

Aproximadamente el 60-70 % de los episodios hipomaniacos de un trastorno bipolar II se presentan inmediatamente antes o después de un episodio depresivo mayor. Los episodios hipomaniacos suelen preceder o seguir a los episodios depresivos mayores con un patrón característico en cada persona. El número de episodios a lo largo de la vida (tanto episodios hipomaniacos como episodios depresivos mayores) tiende a ser superior en el trastorno bipolar II que en el trastorno depresivo mayor recidivante. El intervalo entre episodios tiende a acortarse a medida que aumenta la edad. Aproximadamente el 5-15 % de los sujetos con un trastorno bipolar II presentan múltiples (cuatro o más) episodios afectivos (hipomaniacos o depresivos mayores) que se producen dentro del mismo año. Si se da este patrón, se señala con la especificación con ciclos rápidos (v. pág. 398). El patrón de ciclos rápidos se asocia a un peor pronóstico.

Aunque la mayoría de los sujetos con un trastorno bipolar II vuelven a la normalidad total entre los episodios, aproximadamente el 15 % sigue mostrando labilidad del estado de ánimo y problemas interpersonales y laborales. Los síntomas psicóticos no se presentan en los episodios hipomaniacos, y en los episodios depresivos mayores del trastorno bipolar II parecen ser menos frecuentes que los del trastorno bipolar I. Algunos datos apoyan la idea de que los cambios acusados del patrón de sueño-vigilia, como los que se dan en los viajes a zonas horarias distintas o la privación de sueño, exacerban o precipitan los episodios hipomaniacos o depresivos mayores. Si se presenta un episodio maníaco o mixto en el curso de un trastorno bipolar II, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar I. A lo largo de 5 años, entre el 5 y el 15 % de los sujetos con un trastorno bipolar II presentarán un episodio maníaco.

Patrón familiar

Algunos estudios han indicado que los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con un trastorno bipolar II tienen unas tasas aumentadas de trastorno bipolar II, trastorno bipolar I y trastorno depresivo mayor en comparación con la población general.

Diagnóstico diferencial

Los episodios hipomaniacos y depresivos mayores de un trastorno bipolar II se deben diferenciar de los episodios de un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. El diagnóstico de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica implica que los episodios se consideran una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física.

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se distingue de los episodios depresivos mayores que se dan en un trastorno bipolar II por el hecho de que una sustancia (una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) se considera relacionada etiológicamente con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379). Síntomas como los que se presentan en un episodio hipomaniaco pueden ser parte de una intoxicación o de una abstinencia de una droga y han de ser diagnosticados como un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (p. ej., un episodio similar a un episodio depresivo mayor que sólo se da en el contexto de la abstinencia de cocaína será diagnosticado como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia). Síntomas parecidos a los de un episodio hipomaniaco también pueden ser provocados por un tratamiento antidepresivo como un medicamento, terapéutica electroconvulsiva o terapéutica lumínica. Estos episodios pueden diagnosticarse como trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por

amitriptilina, con síntomas maníacos; trastorno del estado de ánimo inducido por terapéutica electroconvulsiva, con síntomas maníacos) y no se atribuirían a un trastorno bipolar II. Sin embargo, el episodio será válido para el diagnóstico de un trastorno bipolar II, cuando se considere que el consumo de la sustancia o el medicamento no justifica completamente el episodio (p. ej., el episodio continúa durante un período considerable de tiempo de manera autónoma, tras haberse abandonado el consumo de la sustancia).

El trastorno bipolar II se distingue del **trastorno depresivo mayor** y del **trastorno distímico** por la historia anterior de al menos un episodio hipomaniáco. El trastorno bipolar II se diferencia del trastorno bipolar I por la presencia de uno o más episodios maníacos o mixtos en el segundo. Cuando un sujeto previamente diagnosticado de trastorno bipolar II presenta un episodio maníaco o mixto, se cambia el diagnóstico por el de trastorno bipolar I.

En el **trastorno ciclotímico** hay numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios de síntomas o duración para un episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar II se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores. Si se da un episodio depresivo mayor después de los primeros 2 años de un trastorno ciclotímico, se puede realizar el diagnóstico adicional de trastorno bipolar II.

El trastorno bipolar II debe distinguirse de los **trastornos psicóticos** (p. ej., trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y trastorno delirante). Tanto la esquizofrenia como el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante están caracterizados por síntomas psicóticos que se presentan en ausencia de síntomas afectivos importantes. Otras consideraciones útiles son los síntomas asociados, el curso previo y la historia familiar.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Al margen de las diferencias existentes entre los criterios diagnósticos para el episodio maníaco y el episodio depresivo mayor, la definición de la CIE-10 del trastorno afectivo bipolar (es decir, cualquier combinación de episodios hipomaniacos, maníacos, mixtos y depresivos) no hace ninguna distinción entre trastorno bipolar I y II. Sin embargo, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 sí incluyen en el Anexo 1 criterios provisionales para el trastorno bipolar II, que son idénticos a los del DSM-IV.

■ Criterios para el diagnóstico de F31.8 Trastorno bipolar II [296.89]

- A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores (v. pág. 333).
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaniáco (v. pág. 344).
- C. No ha habido ningún episodio maníaco (v. pág. 338) ni un episodio mixto (v. página 341).
- D. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F31.8 Trastorno bipolar II [296.89]
(continuación)

- E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el episodio actual o más reciente:

Hipomaniaco: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio hipomaniaco (v. pág. 344)

Depresivo: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo mayor (v. pág. 333)

Especificar (para el episodio depresivo mayor actual o el más reciente sólo si es el tipo más reciente de episodio afectivo):

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión (v. pág. 384)

Nota: Los códigos del cuarto dígito especificados en la página 386 no se pueden utilizar porque el código del trastorno bipolar II ya emplea el cuarto dígito.

Crónico (v. pág. 390)

Con síntomas catatónicos (v. pág. 390)

Con síntomas melancólicos (v. pág. 391)

Con síntomas atípicos (v. pág. 392)

De inicio en el posparto (v. pág. 394)

Especificar:

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica) (v. pág. 396)

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores) (v. pág. 397)

Con ciclos rápidos (v. pág. 398)

F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno ciclotímico es una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones que comprende numerosos períodos de síntomas hipomaniacos (v. página 342) y numerosos períodos de síntomas depresivos (v. pág. 326) (Criterio A). Los síntomas hipomaniacos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio maniaco y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor. Durante un período de 2 años (1 año para niños o adolescentes), todos los intervalos libres de síntomas tienen una duración inferior a 2 meses (Criterio B). El diagnóstico de trastorno ciclotímico sólo se establece si en el período inicial de 2 años de síntomas ciclotímicos no se presenta ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto (Criterio C). Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico, puede haber episodios maniacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I. Igualmente, después

de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico puede haber episodios depresivos mayores superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II. No se establece el diagnóstico si el patrón de las oscilaciones del estado de ánimo es atribuible a un trastorno esquizoafectivo o si está superpuesto a un trastorno psicótico como una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio D), en cuyo caso los síntomas afectivos se consideran características asociadas al trastorno psicótico. El trastorno del estado de ánimo tampoco ha de ser debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) (Criterio E). Aunque algunas personas presentan una actividad especialmente buena durante alguno de los períodos de hipomanía, globalmente, como resultado de la alteración del estado de ánimo, tiene que haber malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F). El deterioro puede presentarse como resultado de los períodos prolongados de cambios cíclicos, y frecuentemente impredecibles, del estado de ánimo (p. ej., la persona puede ser considerada temperamental, malhumorada, impredecible, inconsistente o poco fiable).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Puede haber trastornos relacionados con sustancias y trastornos del sueño (p. ej., dificultades para iniciar y mantener el sueño).

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

Frecuentemente, el trastorno ciclotímico empieza de forma temprana y algunas veces se considera que refleja una predisposición a otros trastornos del estado de ánimo (en especial los trastornos bipolares). En la población general el trastorno ciclotímico es aparentemente igual de frecuente en varones y en mujeres. En clínica, las mujeres con trastorno ciclotímico pueden ser más propensas a solicitar tratamiento que los varones.

Prevalencia

Diversos estudios han sugerido una prevalencia del trastorno ciclotímico del 0,4-1 %. La prevalencia en las clínicas de trastornos afectivos varía entre el 3 y el 5 %.

Curso

El trastorno ciclotímico suele empezar en la adolescencia o el inicio de la edad adulta. Un comienzo más tardío del trastorno ciclotímico sugiere un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, como es una esclerosis múltiple. Normalmente, el trastorno ciclotímico tiene un inicio insidioso y un curso crónico. Hay un riesgo del 15-50 % de que la persona presente posteriormente un trastorno bipolar I o II.

Patrón familiar

El trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I o bipolar II parecen ser más frecuentes entre los familiares biológicos de primer grado de los sujetos con un trastorno ciclotímico que entre la población general. También puede haber un mayor riesgo familiar para los trastornos relacionados con sustancias.

Diagnóstico diferencial

El trastorno ciclotímico se debe diferenciar del **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. Se establece el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas mixtos, cuando se considera que la alteración del estado de ánimo es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica y generalmente crónica (p. ej., hipertiroidismo) (v. pág. 375). Esta decisión se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si se considera que los síntomas depresivos no son la consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, el trastorno primario del estado de ánimo se anota en el Eje I (p. ej., trastorno ciclotímico) y la enfermedad médica se anota en el Eje III. Por ejemplo, éste sería el caso si los síntomas afectivos se considerasen la consecuencia psicológica de padecer una enfermedad médica o si no hubiese relación etiológica entre los síntomas del estado de ánimo y la enfermedad médica.

Un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se distingue de un trastorno ciclotímico por el hecho de que una sustancia (especialmente los estimulantes) se considera relacionada etiológicamente con la alteración del estado de ánimo (v. pág. 379). Las frecuentes oscilaciones del estado de ánimo sugerentes del trastorno ciclotímico suelen desaparecer tras el cese del consumo de la droga.

El **trastorno bipolar I, con ciclos rápidos** y el **trastorno bipolar II, con ciclos rápidos**, pueden asemejarse al trastorno ciclotímico en virtud de los notables y frecuentes cambios del estado de ánimo. Por definición, los estados afectivos en el trastorno ciclotímico no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, mientras que la especificación con ciclos rápidos exige que estén presentes los episodios afectivos completos. Si se presenta un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto en el curso de un trastorno ciclotímico ya instaurado, se realiza el diagnóstico de trastorno bipolar I (para un episodio maníaco o mixto) o de trastorno bipolar II (para un episodio depresivo mayor), junto con el diagnóstico de trastorno ciclotímico.

El **trastorno límite de la personalidad** se asocia con marcadas oscilaciones del estado de ánimo que pueden sugerir un trastorno ciclotímico. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, pueden diagnosticarse tanto el trastorno límite de la personalidad como el trastorno ciclotímico.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 contienen una lista de síntomas que deben presentarse durante los períodos de estado de ánimo depresivo e hipomanía. Tales síntomas difieren de los que aparecen en el listado de criterios diagnósticos de la CIE-10 para el trastorno distímico y la hipomanía.

■ Criterios para el diagnóstico de F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13]

- A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos (v. pág. 344) y numerosos períodos de síntomas depresivo que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. **Nota:** En los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13]
(continuación)

- B. Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.
- C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor (v. pág. 333), episodio maníaco (v. pág. 338) o episodio mixto (v. pág. 341).

Nota: Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico (1 año en los niños y adolescentes), puede haber episodios maníacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I) o episodios depresivos mayores (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II).

- D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F31.9 Trastorno bipolar no especificado [296.80]

La categoría de trastorno bipolar no especificado incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico. Los ejemplos incluyen:

1. Alternancia muy rápida (en días) entre síntomas maníacos y síntomas depresivos que no cumplen el criterio de duración mínima para un episodio maníaco o un episodio depresivo mayor.
2. Episodios hipomaníacos recidivantes sin síntomas depresivos intercurrentes.
3. Un episodio maníaco o mixto superpuesto a un trastorno delirante, una esquizofrenia residual o un trastorno psicótico no especificado.
4. Situaciones en las que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno bipolar, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por una sustancia.

Otros trastornos del estado de ánimo

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica [293.83]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La alteración del estado de ánimo puede consistir en un estado de ánimo depresivo, una notable disminución de intereses o del placer o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable (Criterio A). Aunque la presentación clínica de la alteración del estado de ánimo puede parecerse a la de un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, no se cumplen totalmente los criterios para estos episodios. El tipo de síntoma predominante puede indicarse utilizando uno de los subtipos siguientes: con síntomas depresivos, con episodios similares a los depresivos mayores, con síntomas maníacos o con síntomas mixtos. En la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio deben existir pruebas de que la alteración es la consecuencia directa de una enfermedad médica (Criterio B). La alteración del estado de ánimo no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo que se presenta como respuesta al estrés psicológico debido a padecer una enfermedad médica) (Criterio C). Tampoco se establece el diagnóstico si la alteración del estado de ánimo sólo se presenta en el transcurso de un delirium (Criterio D). La alteración del estado de ánimo debe provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). En algunos casos el sujeto puede ser aún capaz de desenvolverse a costa de un esfuerzo muy importante.

Para determinar si la alteración del estado de ánimo es debida a enfermedad médica, el clínico, en primer lugar, ha de establecer claramente la presencia de dicha enfermedad médica. Además, hay que establecer que la alteración del estado de ánimo está etiológicamente relacionada con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico. Para poder hacer esta afirmación es necesario efectuar una evaluación cuidadosa y completa de múltiples factores. Aunque no hay normas infalibles para determinar cuándo es etiológica la relación entre la alteración del estado de ánimo y la enfermedad médica, algunas consideraciones pueden servir de orientación. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la de la alteración del estado de ánimo. Una segunda consideración es la presencia de síntomas atípicos para un trastorno afectivo primario (p. ej., edad de inicio o curso atípico o ausencia de historia familiar). En la evaluación de cada caso pueden ser de ayuda los datos bibliográficos que sugieran que puede haber una asociación directa entre la enfermedad médica en cuestión y la aparición de síntomas afectivos. Además, el clínico debe dictaminar que la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno afectivo primario, un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias u otro trastorno mental primario (p. ej., trastorno adaptativo). Este punto se explica con mayor detalle en la sección «Trastornos mentales debidos a enfermedad médica» (v. pág. 171).

Al contrario de lo que sucede en el trastorno depresivo mayor, no hay diferencias en la distribución por sexos en el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas depresivos. El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas depresivos, aumenta el riesgo de tentativas de suicidio y de suicidio consumado. Las tasas de suicidio son variables dependiendo de la enfermedad médica en particular, si bien las que comportan un mayor riesgo suicida son las enfermedades crónicas, incurables y dolorosas (p. ej., cáncer, lesiones

medulares, úlcera péptica, enfermedad de Huntington, síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA], insuficiencia renal terminal, lesiones cerebrales).

Subtipos

Puede usarse uno de los siguientes subtipos para indicar la presentación sintomática predominante:

F06.32 Con síntomas depresivos. Se emplea este subtipo si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.

F06.32 Con episodio similar al depresivo mayor. Se emplea este subtipo si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el Criterio D).

F06.30 Con síntomas maníacos. Se emplea este subtipo si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable.

F06.33 Con síntomas mixtos. Se emplea este subtipo si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine.

Procedimiento de tipificación

Al registrar el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, el clínico debe anotar tanto la fenomenología específica de la alteración, incluyendo el subtipo apropiado, como la enfermedad médica que se considera causante del trastorno en el Eje I (p. ej., F06.30 Trastorno del estado de ánimo debido a tirototoxicosis, con síntomas maníacos [293.83]). También hay que anotar en el Eje III el código diagnóstico de la enfermedad médica (p. ej., E05.9 Tirototoxicosis [242.9]).

No se realiza un diagnóstico independiente de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si los síntomas depresivos aparecen exclusivamente en el curso de una demencia tipo Alzheimer o en una demencia vascular. En este caso los síntomas depresivos se indican especificando el subtipo con estado de ánimo depresivo (p. ej., F00.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo [290.21]).

Enfermedades médicas asociadas

Son diversas las enfermedades médicas que pueden causar alteraciones del humor. Estas enfermedades incluyen las enfermedades neurológicas degenerativas (p. ej., enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington), patología vascular cerebral (p. ej., accidente vascular cerebral), enfermedades metabólicas (p. ej., deficiencia de vitamina B₁₂), enfermedades endocrinas (p. ej., hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipofunción corticoadrenal), enfermedades autoinmunes (p. ej., lupus eritematoso sistémico), infecciones víricas o de otro tipo (p. ej., hepatitis, mononucleosis, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]) y algunos tipos de cáncer (p. ej., carcinoma de páncreas). Los hallazgos de la exploración física, las pruebas de laboratorio y los patrones de prevalencia o inicio reflejan la enfermedad médica causante del cuadro.

Prevalencia

Las estimaciones de la prevalencia del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se limitan a los cuadros con síntomas depresivos. Se ha observado que el 25-40 % de los su-

jetos con ciertas enfermedades neurológicas (que incluyen la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, la esclerosis múltiple, el accidente vascular cerebral y la enfermedad de Alzheimer) presentarán una alteración depresiva importante en algún momento durante el curso de la enfermedad. En las enfermedades médicas sin una implicación directa del sistema nervioso central las tasas son mucho más variables, y comprenden desde más del 60 % en el síndrome de Cushing hasta menos del 8 % en la insuficiencia renal terminal.

Diagnóstico diferencial

No se establece un diagnóstico independiente de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración se presenta exclusivamente en el transcurso de un **delirium**. Cuando el clínico desea indicar la presencia de síntomas afectivos clínicamente significativos que se producen en el contexto de una **demencia debida a enfermedad médica**, puede ser apropiado establecer un diagnóstico independiente de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Una excepción es cuando los síntomas depresivos aparecen exclusivamente en el transcurso de una **demencia tipo Alzheimer** o una **demencia vascular**. En estos casos sólo se establece el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer o de demencia vascular con el subtipo con estado de ánimo depresivo, y no se realiza el diagnóstico independiente de trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Si el cuadro incluye una mezcla de diferentes tipos de síntomas (p. ej., afectivos y de ansiedad), el trastorno mental específico debido a enfermedad médica depende de los síntomas que predominen en el cuadro clínico.

Si hay pruebas de consumo reciente o prolongado de una sustancia (incluyendo los medicamentos con efectos psicotrópicos) o de abstinencia de sustancias o de exposición a un tóxico, hay que considerar un posible **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias**. Puede ser útil realizar una detección de drogas en la orina o la sangre u otras pruebas de laboratorio adecuadas. Los síntomas que se presentan durante o poco después (en un período de 4 semanas) de una intoxicación o abstinencia de alguna sustancia, o después del empleo de algún medicamento, pueden ser muy sugerentes de un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, dependiendo del tipo, la duración o la cantidad de la sustancia que se haya usado. Si el clínico se ha cerciorado de que la alteración es debida tanto a enfermedad médica como al consumo de alguna sustancia, pueden realizarse ambos diagnósticos (trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias).

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica debe diferenciarse del **trastorno depresivo mayor**, el **trastorno bipolar I**, el **trastorno bipolar II** y el **trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo** (p. ej., una respuesta desadaptativa al estrés de tener una enfermedad médica). En los trastornos depresivo mayor, bipolar y adaptativo, no se puede demostrar la existencia de un mecanismo etiológico directo y específico asociado a la enfermedad médica. Frecuentemente, es difícil determinar si algunos síntomas (p. ej., pérdida de peso, insomnio, fatiga) representan una alteración del estado de ánimo o si son una manifestación directa de una enfermedad médica (p. ej., cáncer, accidente vascular cerebral, infarto de miocardio, diabetes). Estos síntomas contribuyen al diagnóstico de episodio depresivo mayor excepto en los casos en que son total y claramente atribuibles a una enfermedad médica. Se diagnostica **trastorno del estado de ánimo no especificado** cuando el clínico no puede determinar si la alteración del estado de ánimo es primaria, inducida por sustancias o debida a enfermedad médica.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 exigen el cumplimiento de la totalidad de criterios diagnósticos referentes a la duración y al cuadro sintoma-

mático de un episodio hipomaniaco, maniaco o depresivo mayor. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno orgánico del estado de ánimo.

■ **Criterios para el diagnóstico de F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar la enfermedad médica) [293.83]**

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:
- (1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
 - (2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificación basada en tipo:

.32 Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor

.32 Con episodio similar al depresivo mayor: si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D)

.30 Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable

.33 Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine

Nota de codificación: Se debe incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83]; se codificará también la enfermedad médica en el Eje III.

Nota de codificación: Si los síntomas depresivos se presentan como parte de una demencia previa, indicar los síntomas depresivos codificando, si es posible, el subtipo de demencia, p. ej., F00.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo [290.21].

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias es una notable y persistente alteración del estado de ánimo (Criterio A), que se considera provocada por los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento somático de la depresión o la exposición a un tóxico) (Criterio B). Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en el que aparecen los síntomas (p. ej., durante la intoxicación o la abstinencia), la alteración puede suponer que el estado de ánimo sea depresivo o con una notable pérdida de intereses o del placer, o que sea un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Si bien el cuadro clínico de la alteración del estado de ánimo puede ser parecido al de un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco, no es necesario que se cumplan los criterios completos para uno de estos episodios. El tipo de síntoma predominante puede indicarse utilizando uno de los subtipos siguientes: con síntomas depresivos, con síntomas maníacos, con síntomas mixtos. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias (Criterio C). No se efectúa el diagnóstico si los síntomas del estado de ánimo sólo aparecen en el transcurso de un delirium (Criterio D). Los síntomas deben provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). En algunos casos el sujeto puede ser aún capaz de desenvolverse, pero a costa de un esfuerzo importante. Este diagnóstico debe establecerse en lugar del de una intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias sólo si los síntomas son excesivos comparados con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o de abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se distingue de un trastorno del estado de ánimo primario teniendo en cuenta el inicio, el curso y otros factores. En el caso de las drogas tiene que haber pruebas de intoxicación o abstinencia en la historia clínica, en la exploración física o en los hallazgos de laboratorio. Los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias sólo se producen en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos del estado de ánimo primarios pueden preceder al inicio del consumo de la sustancia o pueden producirse tras largos períodos de abstinencia. Debido a que en algunas sustancias el estado de abstinencia puede aparecer con relativo retraso, el inicio de la alteración del estado de ánimo puede ocurrir hasta 4 semanas después del abandono de la sustancia. Otra consideración es la referente a la presencia de síntomas atípicos para un trastorno del estado de ánimo primario (p. ej., edad de inicio o curso atípicos). Por ejemplo, la aparición por primera vez de un episodio maníaco en una persona mayor de 45 años debe alertar al clínico sobre la posibilidad de que se encuentre ante un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Por el contrario, los factores que sugieren que los síntomas efectivos son atribuibles a un trastorno primario del estado de ánimo, incluyen la persistencia de los síntomas durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras el final de la intoxicación o la abstinencia de la sustancia, la aparición de síntomas claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración del uso, o una historia de episodios primarios recidivantes previos de trastornos del estado de ánimo.

Algunas medicaciones (p. ej., estimulantes, esteroides, L-dopa, antidepresivos) u otros tratamientos somáticos de la depresión (p. ej., terapéutica electroconvulsiva o terapéutica lumínica) pueden inducir alteraciones del estado de ánimo similares a la manía. El juicio clínico es esencial para determinar si el tratamiento es verdaderamente el causante o si se ha producido el inicio de un trastorno del estado de ánimo primario mientras el sujeto estaba siguiendo el tratamiento. Por ejemplo, los síntomas maníacos que aparezcan en una persona que sigue tratamiento con litio no

serán diagnosticados como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, porque no es probable que el litio provoque episodios parecidos a la manía. Por otro lado, un episodio depresivo que se presente en las primeras semanas de un tratamiento con alfa-metildopa (un fármaco antihipertensivo), en una persona sin historia de trastorno del estado de ánimo, será calificado con el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por alfa-metildopa, con síntomas depresivos. En algunos casos una enfermedad preexistente (p. ej., un trastorno depresivo mayor recidivante) puede recidivar mientras la persona está tomando simultáneamente una medicación con capacidad para causar síntomas depresivos (p. ej., L-dopa, anticonceptivos). En estos casos el clínico debe juzgar hasta qué punto el medicamento es la causa en esta situación particular. Para una discusión más precisa de los trastornos relacionados con sustancias véase la página 181.

Subtipos y especificaciones

Pueden emplearse los siguientes subtipos para indicar el síntoma predominante en el cuadro:

Con síntomas depresivos. Se emplea este subtipo si el estado de ánimo predominante es depresivo.

Con síntomas maníacos. Se emplea este subtipo si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable.

Con síntomas mixtos. Se emplea este subtipo si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine.

El contexto en el que se hayan iniciado los síntomas puede indicarse utilizando las especificaciones siguientes:

De inicio durante la intoxicación. Se debe usar esta especificación si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y si los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia. Se debe usar esta especificación si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y si los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

Procedimiento de tipificación

El nombre del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias empieza con la sustancia específica o el tratamiento somático (p. ej., cocaína, amitriptilina, terapéutica electroconvulsiva) que, presuntamente, están causando los síntomas afectivos. El código diagnóstico se selecciona de la relación de sustancias que se proporciona con los criterios. Para las sustancias que no encajen en ninguna de las dos clases (p. ej., amitriptilina) y para algunos tratamientos somáticos (p. ej., terapéutica electroconvulsiva), se debe utilizar el código para «otras sustancias». El nombre del trastorno (p. ej., trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína) va seguido por el subtipo que indica el tipo de presentación sintomática predominante y de la especificación que indica el contexto en el que aparecen los síntomas (p. ej., F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia [292.84]). Cuando se considera que son más de una las sustancias que desempeñan un papel significativo en la aparición de los síntomas afectivos, debe registrarse cada una por separado (p. ej., F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas maníacos, de inicio durante la abstinencia [292.84]; F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por terapéutica lumínica, con síntomas maníacos

[292.84]). Si se considera que una sustancia es el factor etiológico, pero no se conoce de qué sustancia o clase de sustancias se trata, puede utilizarse la categoría F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por una sustancia desconocida [292.84].

Sustancias específicas

Los trastornos del estado de ánimo pueden presentarse en asociación con **intoxicación** por las siguientes clases de sustancias: alcohol; alucinógenos; anfetaminas y sustancias de acción similar; cocaína; fenciclidina y sustancias de acción similar; inhalantes; opiáceos; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o desconocidas. Los trastornos del estado de ánimo pueden presentarse en asociación con **abstinencia** de las siguientes clases de sustancias: alcohol; anfetaminas y sustancias de acción similar; cocaína; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o desconocidas.

Entre los medicamentos que provocan síntomas psicóticos se incluyen anestésicos y analgésicos, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihipertensivos y medicamentos antiparkinsonianos, medicamentos antiulcerosos, medicamentos cardíacos, contraceptivos orales, medicamentos psicótropos (p. ej., antidepresivos, benzodiacepinas, antipsicóticos, disulfiram), relajantes musculares, esteroides y sulfonamidas. Algunos medicamentos tienen unas probabilidades especialmente altas de producir síntomas depresivos (p. ej., altas dosis de reserpina, corticoides y esteroides anabolizantes). Téngase en cuenta que ésta no es una lista exhaustiva de los medicamentos posibles y que muchos otros producen ocasionalmente reacciones depresivas idiosincrásicas. Los metales pesados y las toxinas (p. ej., sustancias volátiles como la gasolina y la pintura, insecticidas organofosforados, gases nerviosos, monóxido de carbono, dióxido de carbono) también pueden inducir alteraciones del estado de ánimo.

Diagnóstico diferencial

Las alteraciones del estado de ánimo son corrientes en la **intoxicación por sustancias** y en la **abstinencia de sustancias** y el diagnóstico de intoxicación por una sustancia específica o de abstinencia de una sustancia específica suele ser suficiente para calificar el cuadro clínico. Únicamente se debe establecer el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias en lugar del diagnóstico de intoxicación por o abstinencia de sustancias cuando los síntomas exceden de los habitualmente asociados a los síndromes de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Por ejemplo, el estado de ánimo disfórico es un síntoma característico de la abstinencia de cocaína. El trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína sólo se debe diagnosticar en lugar de la abstinencia de cocaína si la alteración del estado de ánimo es sustancialmente más intensa de la que se observa habitualmente en la abstinencia de cocaína y si es de suficiente gravedad como para merecer atención y tratamiento independientes.

Si la alteración del estado de ánimo inducida por sustancias aparece exclusivamente en el transcurso de un **delirium**, los síntomas son considerados como una característica asociada al delirium y no son diagnosticados por separado. En los **cuadros clínicos inducidos por sustancias que contienen una mezcla de diferentes tipos de síntomas** (p. ej., síntomas afectivos, psicóticos y de ansiedad), el tipo específico de trastorno inducido por sustancias depende del tipo de síntomas que predomine en el cuadro clínico.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se diferencia de un **trastorno primario del estado de ánimo** por el hecho de que se considera que una sustancia está etiológicamente relacionada con los síntomas (v. pág. 379).

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias debido a un tratamiento prescrito por una enfermedad mental o médica debe iniciarse mientras el sujeto está tomando el medicamento (o durante la retirada si es que hay un síndrome de abstinencia asociado con dicho medicamento). Una vez que el tratamiento ha sido interrumpido, los síntomas psicóticos normalmente remiten al cabo de unos días o semanas (dependiendo de la vida media de la sustancia y de la existencia de un síndrome de abstinencia). Si los síntomas persisten más allá de 4 semanas, hay que considerar otras causas de la alteración del estado de ánimo.

Puesto que los sujetos con enfermedades médicas suelen tomar medicamentos para estas enfermedades, el clínico debe considerar la posibilidad de que los síntomas afectivos estén causados por los efectos fisiológicos de la enfermedad médica más que por el medicamento, en cuyo caso se diagnostica un **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**. Frecuentemente, la historia clínica proporciona la base principal para llegar a esta conclusión. A veces es necesario un cambio en el tratamiento de la enfermedad médica (p. ej., cambio o interrupción del medicamento) para determinar empíricamente si la medicación es el agente causal para aquella persona. Si el clínico ha comprobado que la alteración es debida tanto a una enfermedad médica como al consumo de una sustancia, pueden realizarse ambos diagnósticos (p. ej., trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias). Cuando no hay datos suficientes para determinar si los síntomas afectivos son debidos a una sustancia (incluido un medicamento) o a una enfermedad médica o si son primarios (p. ej., no debidos a una sustancia ni a una enfermedad médica), se hablará de **trastorno depresivo no especificado** o de **trastorno bipolar no especificado**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren el cumplimiento de la totalidad de criterios referentes a la duración y al cuadro sintomático de un episodio hipomaniaco, maniaco o depresivo mayor. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno afectivo residual debido al consumo de sustancias.

■ Criterios para el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:
 - (1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
 - (2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2):
 - (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (*continuación*)

- (2) el empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas exceden de los normalmente asociados con el síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para trastorno del estado de ánimo inducido por (sustancia específica):

F10.8 Alcohol [291.8]; F16.8 Alucinógenos [292.84]; F15.8 Anfetaminas (o sustancias de acción similar) [292.84]; F14.8 Cocaína [292.84]; Fenciclidina (o sustancias de acción similar) [292.84]; F18.8 Inhalantes [298.84]; F11.8 Opiáceos [298.84]; F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.84]; F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.84]

Especificar tipo:

Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo

Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable

Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine

Especificar si (v. la tabla de la pág. 183 para comprobar si es aplicable a la sustancia):

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia

F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado [296.90]

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para alguno de los trastornos del estado de ánimo específicos y en los que es difícil elegir entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., agitación aguda).

Especificaciones para describir el episodio más reciente

Se dispone de diversas especificaciones aplicables a los trastornos del estado de ánimo, cuya finalidad es la de aumentar la especificidad diagnóstica y proporcionar subgrupos más homogéneos, facilitar la selección del tratamiento y mejorar la predicción del pronóstico. Las siguientes especificaciones se refieren al episodio afectivo actual (o más reciente): gravedad/psicosis/remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos y de inicio en el posparto. Las especificaciones que indican la gravedad, la remisión y los síntomas psicóticos pueden ser codificados en el quinto dígito del código diagnóstico de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo. Las demás especificaciones no se pueden codificar. La tabla 1 indica qué especificaciones referidas al episodio son aplicables a cada uno de los trastornos del estado de ánimo.

Tabla 1. Especificaciones del episodio que se aplican a los trastornos del estado de ánimo

| | Gravedad/ psicosis/ remisión | Crónico | Con síntomas catatónicos | Con síntomas melancólicos | Con síntomas atípicos | De inicio en el posparto |
|--|------------------------------------|---------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Trastorno depresivo mayor episodio único | X | X | X | X | X | X |
| Trastorno depresivo mayor recidivante | X | X | X | X | X X | X |
| Trastorno distímico | | | | | | |
| Trastorno bipolar I, episodio maníaco único | X | | X | | | X |
| Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco | | | | | | |
| Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco | X | | X | | | X |
| Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto | X | | X | | | X |
| Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo | X | X | X | X | X | X |
| Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado | | | | | | |
| Trastorno bipolar II, hipomaníaco | | | | | | |
| Trastorno bipolar II, depresivo | X | X | X | X | X | X |
| Trastorno ciclotímico | | | | | | |

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor

Estas especificaciones son aplicables al episodio depresivo mayor más reciente en un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor en un trastorno bipolar I o II sólo si se tra-

ta del episodio más reciente. Si actualmente se cumplen los criterios para el episodio depresivo mayor, éste se puede clasificar como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos. Si ya han dejado de cumplirse los criterios, la especificación indica si el episodio está en remisión parcial o total. En el transcurso depresivo mayor y la mayoría de los trastornos bipolares I, la especificación se recoge en el cuarto dígito de la codificación del trastorno.

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos. La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar. Los episodios *leves* se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual. Los episodios *graves sin síntomas psicóticos* se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable (p. ej., incapacidad para trabajar o para cuidar de los hijos). Los episodios *moderados* tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves.

Grave con síntomas psicóticos. Esta especificación indica la presencia de ideas delirantes o alucinaciones (en general auditivas). En la mayoría de los casos el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones es consistente con los temas depresivos. Estos *síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo* incluyen ideas delirantes de culpa (p. ej., ser responsable de la enfermedad de un ser querido), ideas delirantes de ser merecedor de un castigo (p. ej., ser castigado por una transgresión moral o por algún fallo personal), ideas delirantes nihilistas (p. ej., destrucción personal o del mundo), ideas delirantes somáticas (p. ej., tener cáncer o que el cuerpo se está «pudriendo») o ideas delirantes de ruina (p. ej., estar en quiebra). Cuando hay alucinaciones, éstas generalmente son transitorias y no elaboradas, y pueden consistir en voces que reprenden al sujeto por sus defectos o sus pecados.

Con menor frecuencia, el contenido de las alucinaciones o de las ideas delirantes no tiene relación aparente con los temas depresivos. Estos *síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo* consisten en ideas delirantes de persecución (sin el tema depresivo de que el sujeto se crea merecedor de ser perseguido), ideas delirantes de inserción del pensamiento (p. ej., los pensamientos de uno no son los suyos propios), ideas delirantes de difusión del pensamiento (p. ej., los demás pueden oír los pensamientos propios) e ideas delirantes de control (p. ej., las propias acciones están bajo un control externo). Estos síntomas están asociados a un mal pronóstico. El clínico puede indicar la naturaleza de los síntomas psicopáticos mediante las especificaciones con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo y con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

En remisión parcial, en remisión total. La remisión total requiere un período de al menos 2 meses en los que no haya síntomas significativos de depresión. Hay dos formas de considerar que un episodio se encuentra en remisión parcial: 1) cuando todavía hay algunos síntomas del episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, y 2) cuando ya no quedan síntomas significativos del episodio depresivo mayor, pero el período de remisión es aún menor de 2 meses. Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, no se establece el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, en remisión parcial, una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor: en su lugar el diagnóstico es de trastorno distímico y trastorno depresivo mayor, historia anterior.

■ Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente)

Nota: Codificar en el cuarto dígito. Puede ser aplicable al episodio depresivo mayor más reciente en un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor en un trastorno bipolar I o II sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente.

Leve: Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan sólo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás [Para CIE-9-MC .x1].

Moderado: Síntomas de incapacidad funcional entre «leves» y «graves» [Para CIE-9-MC .x2].

Grave sin síntomas psicóticos: Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás [Para CIE-9-MC .x3].

Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo [Para CIE-9-MC .x4]:

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo, o de ser merecedor de un castigo.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de castigo. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado.

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio maníaco

Estas especificaciones son aplicables al episodio maníaco de un trastorno bipolar I sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente. Si actualmente se cumplen los criterios para el episodio maníaco, éste se puede clasificar como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos. Si ya han dejado de cumplirse los criterios, la especificación indica si el episodio está en remisión parcial o total. Estas especificaciones se recogen en el cuarto dígito de la codificación para el trastorno.

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos. La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas, el grado de incapacidad funcional y la necesidad de supervisión. Los episodios *leves* se caracterizan por la presencia de sólo tres o cuatro síntomas maníacos. Los episodios *moderados* están caracterizados por un gran aumento de la actividad o por el deterioro del juicio. Los episodios *graves sin síntomas psicóticos* se caracterizan por la necesidad de supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

Grave con síntomas psicóticos. Esta especificación indica la presencia de ideas delirantes o alucinaciones (en general auditivas). En la mayoría de los casos el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones es consistente con los temas maníacos; es decir, son *síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo*. Por ejemplo, el sujeto puede escuchar la voz de Dios explicándole que tiene una misión especial que cumplir. Las ideas delirantes de persecución pueden estar basadas en la idea de que la persona está siendo perseguida a causa de alguna relación o de alguna cualidad especial.

Con menor frecuencia, el contenido de las alucinaciones o las ideas delirantes no tiene una relación aparente con los temas maníacos; es decir, son *síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo*. Pueden consistir en ideas delirantes de persecución (sin una relación directa con temas grandiosos), ideas delirantes de inserción del pensamiento (p. ej., los pensamientos de uno no son los propios), ideas delirantes de difusión del pensamiento (p. ej., los demás pueden oír los pensamientos propios) e ideas delirantes de control (p. ej., las propias acciones están bajo un control externo). Estos síntomas pueden estar asociados a un peor pronóstico. El clínico puede indicar la naturaleza de los síntomas psicóticos mediante las especificaciones con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo y con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

En remisión parcial, en remisión total. La remisión total requiere un período de al menos 2 meses en los que no haya síntomas significativos de manía. Hay dos formas de considerar que un episodio se encuentra en remisión parcial: 1) cuando todavía hay algunos síntomas de un episodio maníaco, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, y 2) cuando ya no quedan síntomas significativos del episodio maníaco, pero el período de remisión es aún menor de 2 meses.

■ Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio maníaco actual (o más reciente)

Nota: Codificar en el cuarto dígito. Puede ser aplicable al episodio maníaco de un trastorno bipolar I sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente.

Leve: Se cumplen los síntomas de los criterios mínimos para un episodio maníaco.

Moderado: Gran aumento de la actividad o deterioro del juicio.

Grave sin síntomas psicóticos: Se necesita una supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño físico que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas maníacos típi-

(continúa)

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio maníaco actual (o más reciente) (continuación)

cos de aumento de la autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación especial con una deidad o un personaje famoso.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas maníacos típicos de aumento de la autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación especial con una deidad o un personaje famoso. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con las ideas o los temas de grandiosidad), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de ser controlado.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio maníaco, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del episodio maníaco hay un período sin síntomas significativos del episodio maníaco con una duración inferior a 2 meses.

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado.

Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio mixto

Estas especificaciones son aplicables al episodio mixto de un trastorno bipolar I sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente. Si actualmente se cumplen los criterios para el episodio mixto, éste se puede clasificar como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos. Si ya han dejado de cumplirse los criterios, la especificación indica si el episodio está en remisión parcial o total. Estas especificaciones no se codifican.

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos. La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas, el grado de incapacidad funcional y la necesidad de supervisión. Los episodios *leves* se caracterizan por la presencia de sólo tres o cuatro síntomas maníacos y cinco o seis síntomas depresivos. Los episodios *moderados* están caracterizados por un gran aumento de la actividad o por el deterioro del juicio. Los episodios *graves sin síntomas psicóticos* se caracterizan por la necesidad de supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

Grave con síntomas psicóticos. Esta especificación indica la presencia de ideas delirantes o alucinaciones (en general auditivas). En la mayoría de los casos el contenido de las ideas delirantes y las alucinaciones es consistente con los temas maníacos o depresivos; es decir, son *síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo*. Por ejemplo, el sujeto puede escuchar la voz de Dios explicándole que tiene una misión especial que cumplir. Las ideas delirantes de persecución pueden estar basadas en la idea de que la persona está siendo perseguida a causa de que es especialmente merecedora de un castigo o por tener alguna relación o cualidad especiales.

Con menor frecuencia, el contenido de las alucinaciones o las ideas delirantes no tiene una relación aparente con los temas maníacos ni con los depresivos; es decir, son *síntomas psicóticos no*

congruentes con el estado de ánimo. Pueden consistir en ideas delirantes de inserción del pensamiento (p. ej., los pensamientos de uno no son los suyos propios), ideas delirantes de difusión del pensamiento (p. ej., los demás pueden oír los pensamientos propios) e ideas delirantes de control (p. ej., las propias acciones están bajo un control externo). Estos síntomas pueden estar asociados a un peor pronóstico. El clínico puede indicar la naturaleza de los síntomas psicopáticos mediante las especificaciones con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo y con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

En remisión parcial, en remisión total. La remisión total requiere un período de al menos 2 meses en los que no haya síntomas significativos de manía o de depresión. Hay dos formas de considerar que un episodio se encuentra en remisión parcial: 1) cuando todavía hay algunos síntomas de un episodio mixto, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, y 2) cuando no hay síntomas significativos del episodio mixto, cuando el período de remisión es aún menor de 2 meses.

■ Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio mixto actual (o más reciente)

Nota: Puede ser aplicable a un episodio mixto de un trastorno bipolar I sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente.

Leve: Sólo se cumplen los síntomas de los criterios mínimos para un episodio maníaco y un episodio depresivo mayor.

Moderado: Síntomas de incapacidad funcional entre «leves» y «graves».

Grave sin síntomas psicóticos: Se necesita una supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño físico que se pueda causar a sí mismo o a los demás.

Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas maníacos o depresivos típicos.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas maníacos o depresivos típicos. Se incluyen síntomas como ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos o los de grandiosidad), inserción del pensamiento e ideas delirantes de ser controlado.

En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio mixto, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del episodio mixto hay un período sin síntomas significativos del episodio mixto con una duración inferior a 2 meses.

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado.

Especificación de cronicidad para el episodio depresivo mayor

Esta especificación indica el carácter crónico de un episodio depresivo mayor y es aplicable al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo si éste es el tipo más reciente de episodio afectivo.

■ Criterios para la especificación de cronicidad

Especificar si:

Crónico (puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo si éste es el tipo más reciente de episodio afectivo)

Los criterios completos para un episodio depresivo mayor se han cumplido de forma continua durante al menos los 2 últimos años.

Especificación de síntomas catatónicos

La especificación con síntomas catatónicos puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II. La especificación con síntomas catatónicos es apropiada cuando el cuadro clínico está caracterizado por una marcada alteración psicomotora que puede consistir en inmovilidad motora, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia. La inmovilidad motora puede manifestarse por catalepsia (flexibilidad cérea) o por estupor. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede presentarse un negativismo extremo que se manifiesta por mantener una postura rígida contra todo intento de ser movido, o por la resistencia a cualquier tipo de órdenes. Las peculiaridades del movimiento voluntario se manifiestan por la adopción de posturas extrañas o inapropiadas, o por una gesticulación exagerada. Suele haber ecolalia (la repetición patológica, tipo «loro», y aparentemente carente de sentido, de una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona) y ecopraxia (la imitación repetitiva de los movimientos de otra persona). Las características asociadas pueden consistir en estereotipias, manierismos y obediencia o imitación automáticas. Durante el estupor o la excitación catatónica graves, el sujeto puede necesitar una supervisión muy cuidadosa para evitar que se cause daño a sí mismo o a los demás. Las consecuencias potenciales incluyen malnutrición, agotamiento, hiperpirexia y autolesiones. El diagnóstico diferencial de un episodio de alteración del estado de ánimo con síntomas catatónicos incluye el **trastorno catatónico debido a enfermedad médica** (pág. 175), la **esquizofrenia, tipo catatónico** (pág. 294), o el **efecto secundario de un medicamento** (p. ej., un trastorno del movimiento inducido por un medicamento, pág. 694).

■ Criterios para la especificación de síntomas catatónicos

Especificar si:

Con síntomas catatónicos (puede aplicarse al episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar I o un trastorno bipolar II)

El cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

- (1) inmovilidad motora que puede manifestarse por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o por estupor
- (2) actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
- (3) negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier tipo de órdenes, o mantenimiento de una postura rígida contra todo intento de ser movido)
- (4) peculiaridades del movimiento voluntario que pueden manifestarse en la postura (adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos patentes o gesticulación exagerada
- (5) ecolalia o ecopraxia

Especificación de síntomas melancólicos

La especificación con síntomas melancólicos puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual (o más reciente) que se presenta en el curso de un trastorno depresivo mayor y en un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o II sólo si es el tipo más reciente de episodio. La característica esencial de un episodio depresivo mayor, con síntomas melancólicos, es la pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, o una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. El estado de ánimo depresivo de los sujetos no mejora, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno (Criterio A). Además hay al menos tres de los síntomas siguientes: una cualidad diferente del estado de ánimo depresivo, la depresión es habitualmente peor por la mañana, con despertar precoz, enlentecimiento o agitación psicomotora, anorexia significativa o pérdida de peso, o culpabilidad excesiva o inapropiada (Criterio B).

La especificación con síntomas melancólicos es aplicable si estos síntomas aparecen en el transcurso del episodio. Hay una casi completa ausencia de capacidad para experimentar placer y no sólo una simple disminución. Una orientación para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo consiste en constatar que el estado de ánimo depresivo no mejora o lo hace sólo parcialmente incluso con lo que es muy apreciado por el sujeto (p. ej., hasta un 20-40 % de lo que es normal durante sólo unos minutos cada vez). La cualidad distintiva del estado de ánimo que es típica de la especificación con síntomas melancólicos es experimentada por el sujeto como cualitativamente diferente de la tristeza que se siente al estar de duelo o al padecer un episodio depresivo no melancólico. Esto puede averiguarse pidiendo a la persona que compare la cualidad del estado de ánimo actual con el estado de ánimo experimentado tras la muerte de un ser querido. No se considera que el estado de ánimo tenga una cualidad distintiva si el humor depresivo es únicamente descrito como más intenso, más duradero o si no hay motivo alguno para presentarlo. Casi

siempre hay cambios psicomotores, que son observables por los demás. Los sujetos con síntomas melancólicos tienen menos probabilidades de presentar un trastorno premórbido de la personalidad o de tener un precipitante claro del episodio y de responder a una prueba con un placebo. Es más probable que estos sujetos hayan respondido anteriormente a medicamentos antidepresivos o a terapéutica electroconvulsiva y también es más probable que respondan en el episodio actual. Los síntomas melancólicos se dan por igual en ambos sexos, pero son más frecuentes en los sujetos mayores. Estos síntomas muestran tan sólo una discreta tendencia a repetirse en diferentes episodios en el mismo sujeto. Son más frecuentes en pacientes ingresados que en los ambulatorios y es menos probable que se presenten en los episodios depresivos mayores leves que en los graves, así como también es más probable que se presenten en los que tienen síntomas psicóticos. Los síntomas melancólicos se asocian con mayor frecuencia a los hallazgos de laboratorio del tipo de la no supresión con desametaxona, hiperfunción corticosuprarrenal, reducción de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM), test de provocación con tiramina anormal y asimetría anormal en la prueba de escucha dicótica.

■ Criterios para la especificación de síntomas melancólicos

Especificar si:

Con síntomas melancólicos (puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo en caso de que éste sea el episodio afectivo más reciente)

- A. Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el período más grave del episodio actual:
- (1) pérdida de placer en todas o casi todas las actividades
 - (2) falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno)
- B. Tres (o más) de los siguientes:
- (1) una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (p. ej., el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido)
 - (2) la depresión es habitualmente peor por la mañana
 - (3) despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertarse)
 - (4) enlentecimiento o agitación psicomotores
 - (5) anorexia significativa o pérdida de peso
 - (6) culpabilidad excesiva o inapropiada

Especificación de síntomas atípicos

La especificación con síntomas atípicos puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo en caso de que éste sea el episodio afectivo más reciente, o a un trastorno distímico. Las características principales son la reactividad del estado de ánimo (Criterio A) y la presencia de al menos dos de los síntomas siguientes (Criterio B): aumento del apetito y del peso, hipersomnia, abatimiento y un patrón prolongado de extrema sensibilidad a la percep-

ción de rechazo interpersonal. Estos síntomas predominan durante el período de 2 semanas más reciente (o el período de 2 años más reciente en el trastorno distímico). La especificación con síntomas atípicos no se asigna cuando, durante el mismo episodio depresivo mayor, se han cumplido los criterios para los síntomas melancólicos o catatónicos.

La reactividad del estado de ánimo es la capacidad para alegrarse en situaciones positivas (p. ej., una visita de los hijos, recibir cumplidos). El estado de ánimo puede volverse normal (no triste) incluso durante largos períodos de tiempo, si las circunstancias externas siguen siendo favorables. El aumento del apetito puede ponerse de manifiesto por un claro aumento de la ingesta o por la ganancia de peso. La hipersomnia puede incluir un largo período de sueño nocturno o siestas durante el día que totalicen al menos 10 horas de sueño al día (o por lo menos 2 horas más que cuando el sujeto no está deprimido). El abatimiento se define como la sensación de pesadez, inercia o hundimiento, sobre todo en brazos y piernas; generalmente, esta sensación dura al menos 1 hora al día, pero a menudo dura varias horas seguidas. Al contrario de otros síntomas atípicos, la sensibilidad patológica a la percepción de rechazo interpersonal es un rasgo que aparece precozmente y persiste durante la mayor parte de la vida adulta. La sensibilidad al rechazo ocurre tanto cuando la persona está deprimida como cuando no lo está, aunque puede exacerbarse durante los períodos depresivos. Los problemas que resultan de la sensibilidad al rechazo deben ser de la suficiente importancia como para provocar un deterioro funcional. Puede haber relaciones conflictivas con incapacidad para mantener una relación duradera. La reacción del sujeto a los desaires o a las críticas puede hacer que deje pronto los trabajos, que use sustancias o que presente otras respuestas comportamentales desadaptativas clínicamente significativas. También puede haber una evitación de relaciones debido al temor al rechazo interpersonal. El hecho de ser ocasionalmente susceptible o hiperemotivo no se considera una manifestación de sensibilidad al rechazo interpersonal. Los trastornos de la personalidad (p. ej., el trastorno de la personalidad por evitación) y los trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de ansiedad por separación, fobia específica o fobia social) pueden ser más frecuentes en los sujetos con síntomas atípicos. Los hallazgos de laboratorio asociados con el episodio depresivo mayor, con síntomas melancólicos, generalmente no se dan en un episodio con síntomas atípicos.

Los síntomas atípicos son dos o tres veces más frecuentes en las mujeres. Los sujetos con síntomas atípicos refieren una edad de inicio de los episodios depresivos más temprana (p. ej., mientras cursaban estudios de educación secundaria) y frecuentemente tienen un curso más crónico, menos episódico y con una recuperación interepisódica parcial. Es más probable que los sujetos jóvenes presenten episodios con síntomas atípicos, mientras que los sujetos mayores presentan más a menudo episodios con síntomas melancólicos. Los episodios con síntomas atípicos son más frecuentes en el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno depresivo mayor, recidivante, que siguen un patrón estacional.

■ Criterios para la especificación de síntomas atípicos

Especificar si:

Con síntomas atípicos (puede aplicarse cuando estos síntomas predominan durante las 2 semanas más recientes de un episodio depresivo mayor de un trastorno depresivo mayor o en un trastorno bipolar I o bipolar II cuando el episodio depresivo mayor es el tipo más reciente de episodio afectivo, o cuando estos síntomas predominan durante los últimos 2 años de un trastorno distímico)

(continúa)

Criterios para la especificación de síntomas atípicos (*continuación*)

- A. Reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas).
- B. Dos (o más) de los síntomas siguientes:
 - (1) aumento significativo del peso o del apetito
 - (2) hipersomnía
 - (3) abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesados o inertes)
 - (4) patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro social o laboral significativo
- C. En el mismo episodio no se cumplen los criterios para los síntomas melancólicos ni para los síntomas catatónicos.

Especificación de inicio en el posparto

La especificación con inicio en el posparto puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o II o a un trastorno psicótico breve (v. pág. 308) si se inicia en las primeras 4 semanas después del alumbramiento de un hijo. En general, la sintomatología de los episodios depresivos mayores, maníacos o mixtos pospartos no difiere de la sintomatología de los episodios afectivos que no se producen tras el parto y puede incluir la presencia de síntomas psicóticos. En los episodios posparto puede ser más frecuente el curso fluctuante y la labilidad del estado de ánimo. Cuando hay ideas delirantes, es frecuente que se refieran al recién nacido (p. ej., que el recién nacido esté poseído por el demonio, que tenga poderes especiales, o que esté condenado a un destino fatal). Tanto en la predestinación psicótica como en la no psicótica, puede haber ideación suicida, pensamientos obsesivos de agresión al niño, falta de concentración y agitación psicomotora. Es frecuente que las mujeres con episodios depresivos mayores posparto presenten una gran ansiedad, crisis de angustia, llanto espontáneo mucho después de lo que suele durar la tristeza posparto («*baby blues*») (p. ej., 3-7 días posparto), desinterés por el nuevo hijo e insomnio (que es más probable que se manifieste como dificultad para conciliar el sueño que como despertar precoz).

Muchas mujeres se sienten especialmente culpables por tener sentimientos depresivos cuando creen que deberían estar contentas. Pueden ser reticentes a manifestar sus síntomas o sus sentimientos negativos sobre el niño. El resultado de la enfermedad por sí misma o de la separación del hijo puede dar lugar a una deficiente relación madre-hijo. El infanticidio se asocia con mayor frecuencia con los episodios psicóticos posparto, que están caracterizados por alucinaciones que ordenan matar al niño o ideas delirantes de que el niño está poseído, pero también puede ocurrir en los episodios afectivos posparto graves, sin estas ideas delirantes o alucinaciones específicas. Los episodios afectivos posparto (depresivos mayores, maníacos o mixtos) con síntomas psicóticos se producen aproximadamente en 1 de cada 500 a 1.000 partos y parecen ser más frecuentes en mujeres primíparas. El riesgo de episodios posparto con síntomas psicóticos es especialmente elevado en las mujeres con episodios afectivos posparto anteriores, pero también es mayor en las que tienen histo-

ria previa de un trastorno del estado de ánimo (especialmente un trastorno bipolar I). Una vez que una mujer ha tenido un episodio posparto con síntomas psicóticos, el riesgo de recidiva en cada parto posterior es del 30-50 %. También hay datos que sugieren un aumento del riesgo de episodios afectivos psicóticos posparto en las mujeres con historia de trastorno del estado de ánimo con historia familiar de trastornos bipolares. Los episodios posparto deben diferenciarse del delirium que se presenta en el período posparto, que se caracteriza por un descenso del nivel de alerta o atención.

■ Criterios para la especificación de inicio en el posparto

Especificar si:

Con inicio en el posparto (puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve)

Inicio del episodio en las primeras 4 semanas del posparto

Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes

Se dispone de diversas especificaciones para los trastornos del estado de ánimo, cuya finalidad es la de aumentar la especificidad diagnóstica y crear subgrupos más homogéneos, ayudar a la selección del tratamiento y mejorar la predicción pronóstica. Las especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes incluyen las especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación total interepisódica), patrón estacional y ciclos rápidos. Estas especificaciones no se pueden codificar. La tabla 2 indica qué especificaciones del curso son aplicables a cada trastorno del estado de ánimo.

Tabla 2. Especificaciones del curso que se aplican a los trastornos del estado de ánimo

| | Con/sin recuperación interepisódica | Patrón estacional | Ciclos rápidos |
|--|-------------------------------------|-------------------|----------------|
| Trastorno depresivo mayor, episodio único | | | |
| Trastorno depresivo mayor, recidivante | X | X | |
| Trastorno distímico | X | | X |
| Trastorno bipolar I, episodio maníaco único | | | |
| Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco | X | X | X |
| Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco | X | X | X |
| Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto | X | X | X |
| Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo | X | X | X |
| Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado | X | X | X |
| Trastorno bipolar II, hipomaníaco | X | X | X |
| Trastorno bipolar II, depresivo | X | X | X |
| Trastorno ciclotímico | | | |

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica total)

Las especificaciones con recuperación interepisódica total y sin recuperación interepisódica total tienen la finalidad de servir para caracterizar el curso de la enfermedad en los sujetos con trastorno depresivo mayor, recidivante, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II. Estas especificaciones deben aplicarse al período de tiempo entre los dos episodios más recientes. La caracterización del curso aún es mejor si se hace constar la presencia de antecedentes de trastorno distímico.

Las cuatro gráficas que se muestran más adelante ilustran los prototipos de curso. *A* muestra el curso de un trastorno depresivo mayor, recidivante, en el que no hay antecedentes de trastorno distímico y en el que hay un período de remisión total entre los episodios. Este patrón de curso es predictor de buen pronóstico. *B* muestra el curso de un trastorno depresivo mayor, recidivante, en el que no hay antecedentes de trastorno distímico, pero en el que hay síntomas importantes que persisten entre los dos episodios más recientes, es decir, que no se alcanza más que una remisión parcial. *C* muestra el patrón extraño (presente en menos del 3 % de los sujetos con trastorno depresivo mayor) de un trastorno depresivo mayor, recidivante, con el antecedente de trastorno distímico, pero con recuperación total interepisódica entre los dos episodios más recientes. *D* muestra el curso de un trastorno depresivo mayor, recidivante, en el que hay antecedentes de trastorno distímico y en el que no hay un período de remisión total entre los dos episodios más recientes. Este patrón, habitualmente descrito como «depresión doble» (v. pág. 353), se ve en cerca del 20-25 % de los sujetos con trastorno depresivo mayor.

En general, los sujetos con una historia de sin recuperación interepisódica total, muestran una persistencia de este patrón en episodios posteriores. Estos sujetos también parecen más propensos a tener más episodios depresivos mayores que los que tienen recuperaciones totales. El trastorno distímico previo al primer episodio de un trastorno depresivo mayor es más probable que se asocie con una falta posterior de recuperación total. Estas especificaciones también se pueden aplicar al período de tiempo entre los episodios más recientes de un trastorno bipolar I o un trastorno bipolar II para indicar la presencia o ausencia de sintomatología afectiva.

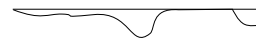
- A. Recidivante, con recuperación interepisódica total, sin trastorno distímico.



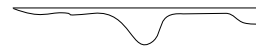
- B. Recidivante, sin recuperación interepisódica total, sin trastorno distímico.



- C. Recidivante, con recuperación interepisódica total, superpuesto a un trastorno distímico (codificar también F34.1 [300.4]).



- D. Recidivante, sin recuperación interepisódica total, superpuesto a un trastorno distímico (codificar también F34.1 [300.4]).



■ Criterios para la especificación de curso longitudinal

Especificar si (puede aplicarse al trastorno depresivo mayor, recidivante o al trastorno bipolar I o II):

Con recuperación interepisódica total: si se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes

Sin recuperación interepisódica total: si no se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes

Especificación del patrón estacional

La especificación con patrón estacional puede aplicarse al patrón de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II o trastorno depresivo mayor, recidivante. La característica esencial es el inicio y la remisión de los episodios depresivos mayores en una determinada época del año. En la mayoría de los casos los episodios empiezan en el otoño o el invierno y remiten en primavera. Con menor frecuencia, pueden presentarse episodios depresivos recidivantes en verano. Este patrón de inicio y remisión de los episodios debe haber ocurrido en los últimos 2 años, sin ningún episodio no estacional en este período. Además, a lo largo de la vida del sujeto los episodios depresivos estacionales tienen que ser sustancialmente más numerosos que los episodios depresivos no estacionales. Esta especificación no es aplicable en las situaciones en las que el patrón se puede explicar por factores estresantes psicosociales ligados a la estacionalidad (p. ej., desempleo estacional o calendario escolar). Los episodios depresivos mayores que siguen un patrón estacional suelen estar caracterizados por una notable anergia, hipersomnia, hiperfagia, aumento de peso y deseo de tomar hidratos de carbono. No está claro si el patrón estacional es más frecuente en el trastorno depresivo mayor, recidivante, o en los trastornos bipolares. Sin embargo, en el grupo de los trastornos bipolares el patrón estacional parece ser más frecuente en el trastorno bipolar II que en el trastorno bipolar I. En algunos sujetos el inicio de los episodios maníacos o hipomaníacos también puede ir ligado a una estación en particular. La luz brillante del espectro visible que se utiliza en el tratamiento puede asociarse a los cambios hacia la fase maníaca o hipomaníaca.

La prevalencia del patrón estacional de tipo invierno parece variar según la latitud, la edad y el sexo. La prevalencia aumenta en las latitudes más altas. La edad también es un fuerte predictor de estacionalidad, de forma que los más jóvenes tienen más riesgo para experimentar los episodios depresivos invernales. Las mujeres suponen el 60-90 % de las personas con patrón estacional, pero no está claro que el sexo femenino sea un factor de riesgo específico mayor que el riesgo asociado al trastorno depresivo mayor recidivante. A pesar de que esta especificación se aplica a la aparición estacional de episodios depresivos mayores completos, algunas investigaciones sugieren que el patrón estacional también puede describir el tipo de presentación de algunos sujetos con episodios depresivos invernales recidivantes que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

■ Criterios para la especificación de patrón estacional

Especificar si:

Con patrón estacional (puede aplicarse al patrón de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II o trastorno depresivo mayor, recidivante)

- A. Ha habido una relación temporal sostenida entre el inicio de los episodios depresivos mayores de un trastorno bipolar I o bipolar II, o un trastorno depresivo mayor recurrente, y una determinada época del año (p. ej., aparición regular del episodio depresivo mayor en el otoño o el invierno).

Nota: No incluir los casos en los que hay un efecto evidente de factores estresantes psicossociales estacionales (p. ej., estar habitualmente en paro todos los inviernos).

- B. Las remisiones totales (o un cambio de la depresión a la manía o a la hipomanía) también se dan en una determinada época del año (p. ej., la depresión desaparece en primavera).
- C. En los últimos 2 años ha habido dos episodios depresivos mayores que han demostrado la relación estacional temporal definida en los Criterios A y B, y no ha habido episodios depresivos mayores no estacionales en el mismo período.
- D. Los episodios depresivos mayores estacionales (descritos antes) tienen que ser sustancialmente más numerosos que los episodios depresivos mayores no estacionales presentados a lo largo de la vida del sujeto.

Especificación de ciclos rápidos

La especificación con ciclos rápidos puede aplicarse al trastorno bipolar I o al trastorno bipolar II. La característica principal de un trastorno bipolar con ciclos rápidos es la aparición de cuatro o más episodios afectivos durante los 12 meses previos. Estos episodios pueden presentarse en cualquier combinación y orden. Los episodios tienen que cumplir los criterios de síntomas y duración para un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco y pueden estar delimitados por un período de remisión total o por un cambio a un episodio de polaridad opuesta. Los episodios maníacos, hipomaníacos y mixtos se consideran pertenecientes al mismo polo (p. ej., un episodio maníaco seguido inmediatamente por un episodio mixto se considera un único episodio al referirse a la especificación con ciclos rápidos). Con la excepción de que ocurren con mayor frecuencia, los episodios pertenecientes a un patrón de ciclos rápidos no son diferentes de los que se presentan en un patrón de ciclos no rápidos. Los episodios de estado de ánimo que contribuyen a definir un patrón de ciclos rápidos excluyen los episodios inducidos directamente por sustancias (p. ej., cocaína, corticosteroides) o debidos a enfermedad médica.

Los ciclos rápidos se dan aproximadamente en el 5-15 % de las personas con trastorno bipolar que son visitadas en las clínicas de trastornos del estado de ánimo. Mientras que en el trastorno bipolar la proporción por sexos es igual en general, en el patrón de ciclos rápidos el 70-90 % de los sujetos son mujeres. Los episodios afectivos no están ligados a ninguna fase del ciclo menstrual y se presentan tanto en mujeres pre como posmenopáusicas. Los ciclos rápidos pueden aso-

ciarse a hipotiroidismo, algunas enfermedades neurológicas (p. ej., esclerosis múltiple), retraso mental, traumatismo craneal o tratamiento antidepresivo. Los ciclos rápidos pueden aparecer en cualquier momento en el curso de un trastorno bipolar y pueden aparecer y desaparecer, especialmente si van asociados a la utilización de antidepresivos. La presencia de ciclos rápidos va asociada a un peor pronóstico a largo plazo.

■ Criterios para la especificación de ciclos rápidos

Especificar si:

Con ciclos rápidos (puede aplicarse al trastorno bipolar I o al trastorno bipolar II)

Al menos cuatro episodios de alteración del estado de ánimo en los 12 meses previos que cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco.

Nota: Los episodios están delimitados por una remisión total o parcial durante al menos 2 meses o por un cambio a un episodio de polaridad opuesta (p. ej., episodio depresivo mayor a episodio maníaco).

Trastornos de ansiedad

En esta sección se describen los siguientes trastornos de ansiedad: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, de ahí que los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades se expongan por separado al principio de esta sección.

La **crisis de angustia** (*panic attack*) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.

La **agorafobia** se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

El **trastorno de angustia sin agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El **trastorno de angustia con agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

La **agorafobia sin historia de trastorno de angustia** se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

La **fobia específica** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La **fobia social** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

El **trastorno obsesivo-compulsivo** se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

El **trastorno por estrés postraumático** se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

El **trastorno por estrés agudo** se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

El **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

El **trastorno de ansiedad inducido por sustancias** se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

El **trastorno de ansiedad no especificado** se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados (bien síntomas de ansiedad sobre los que se dispone de una información inadecuada o contradictoria).

Debido a que el trastorno por ansiedad de separación (que se caracteriza por la aparición de ansiedad coincidiendo con la separación de las figuras paternas) suele aparecer en la infancia, se incluye en la sección «Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia» (v. pág. 116). La evitación fóbica que se limita exclusivamente al contacto sexual genital con parejas sexuales se denomina trastorno por aversión al sexo y se encuentra recogido en la sección «Trastornos sexuales y de la identidad sexual» (v. pág. 505).

Crisis de angustia (*panic attack*)

Características diagnósticas

Dado que las crisis de angustia suelen aparecer en el contexto de diversos trastornos de ansiedad, su descripción y sus criterios diagnósticos vienen expuestos por separado en esta sección. La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 min o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar. Los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos vienen constituidos por palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo (aturdimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o «volverse loco», miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones. Las crisis que reúnen los restantes criterios, pero presentan menos de 4 de estos síntomas, se denominan crisis sintomáticas limitadas.

Los individuos que solicitan ayuda terapéutica por estas crisis de angustia inesperadas acostumbra a describir el miedo como intenso, y relatan cómo en aquel momento creían estar a punto de morir, perder el control, tener un infarto o un accidente vascular cerebral o «volverse locos». Describen asimismo un urgente deseo de huir del lugar donde ha aparecido la crisis. Al ir repitiéndose, estas crisis pueden presentar un menor componente de miedo. La falta de aire constituye un síntoma frecuente en las crisis de angustia asociadas al trastorno de angustia con y sin agorafobia. Por su parte, la ruborización es frecuente en las crisis de angustia de tipo situacional desencadenadas por la ansiedad que aparece en situaciones sociales o actuaciones en público. La ansiedad característica de las crisis de angustia puede diferenciarse de la ansiedad generalizada por su naturaleza intermitente, prácticamente paroxística, y su característica gran intensidad.

Las crisis de angustia pueden aparecer en una amplia gama de trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático, trastorno por es-

trés agudo). Al determinar la importancia de la crisis de angustia en el diagnóstico diferencial de todos estos trastornos, es necesario considerar el contexto en que ésta aparece. Existen tres tipos característicos de crisis de angustia, que se diferencian por el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales: **crisis de angustia inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales)**, en las que el inicio de la crisis de angustia no se asocia a desencadenantes ambientales (es decir, aparecen sin ningún motivo aparente); **crisis de angustia situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales)**, donde la crisis de angustia aparece de forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante ambiental (p. ej., ver una serpiente o un perro desencadena automáticamente una crisis de angustia), y **crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada**, las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación (p. ej., las crisis tienen más probabilidades de aparecer al conducir, pero a veces el individuo puede llevar su coche sin sufrir ninguna crisis de angustia, o bien padecerla a la media hora de estar conduciendo).

El diagnóstico de trastorno de angustia (con o sin agorafobia) requiere la presencia de crisis de angustia inesperadas. Las crisis de angustia situacionales son más características de las fobias sociales y específicas. Las crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada son especialmente frecuentes en el trastorno de angustia, aunque también pueden aparecer en la fobia específica o en la fobia social. El diagnóstico diferencial de las crisis de angustia resulta difícil si se tiene en cuenta que no siempre existe una relación exclusiva entre el diagnóstico y el tipo de crisis de angustia. Por ejemplo, aunque el trastorno de angustia, por su propia definición, requiere que al menos algunas de estas crisis de angustia sean descritas como inesperadas, los individuos con este trastorno declaran frecuentemente haber sufrido crisis de angustia situacionales, sobre todo a medida que avanza el curso de la enfermedad. Las cuestiones relacionadas con el diagnóstico de las crisis de angustia situacionales se discuten en los respectivos apartados «Diagnóstico diferencial» de los textos correspondientes a los trastornos en los que las crisis de angustia pueden aparecer.

■ Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (*panic attack*)

Nota: No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la crisis de angustia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] [pág. 411]).

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- (2) sudoración
- (3) temblores o sacudidas
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) sensación de atragantarse
- (6) opresión o malestar torácico
- (7) náuseas o molestias abdominales
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (*panic attack*)
(continuación)

- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- (10) miedo a perder el control o volverse loco
- (11) miedo a morir
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- (13) escalofríos o sofocaciones

Agorafobia

Características diagnósticas

Dado que la agorafobia suele aparecer en el contexto del trastorno de angustia con agorafobia y en la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, su descripción y sus criterios diagnósticos se exponen por separado en este apartado. La característica esencial de la agorafobia es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia (v. pág. 402) o síntomas similares a la angustia (p. ej., miedo a padecer despeños diarreicos o crisis bruscas de inestabilidad), puede no disponerse de ayuda (Criterio A). Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones, entre los que cabe citar el estar solo dentro o fuera de casa; mezclarse con la gente; viajar en automóvil, autobús, o avión; o encontrarse en un puente o en un ascensor. Algunos individuos son capaces de exponerse a las situaciones temidas, si bien esta experiencia les produce un considerable terror. A menudo, a estos individuos les resulta más fácil encararse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de un conocido (Criterio B). El comportamiento de evitación de estas situaciones puede conducir a un deterioro de la capacidad para efectuar viajes de trabajo o para llevar a cabo las responsabilidades domésticas (p. ej., ir al supermercado, llevar los niños al médico). Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio C). El diagnóstico diferencial entre la agorafobia y la fobia social o específica y el trastorno de ansiedad por separación grave puede ser difícil, ya que todas estas entidades se caracterizan por comportamientos de evitación de situaciones específicas. Las cuestiones relativas al diagnóstico de los casos situacionales se hallan recogidas en los respectivos apartados de «Diagnóstico diferencial» de los textos correspondientes a los trastornos donde los comportamientos de evitación constituyen un síntoma esencial o asociado.

Criterios para el diagnóstico de agorafobia

Nota: No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] [pág. 411] o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22] [pág. 414]).

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de agorafobia (continuación)

- A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

- B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.
- C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

Trastorno de angustia (*panic disorder*)

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia (v. pág. 402) recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis (Criterio A). Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., intoxicación por cafeína) o de una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) (Criterio C). Por último, las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., fobia social o específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación) (Criterio D). Dependiendo de si se reúnen o no los criterios de la agorafobia (v. pág. 404), el diagnóstico será F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] o F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01] (Criterio B).

Una crisis de angustia inesperada (espontánea, no precipitada por desencadenantes ambientales) se caracteriza, como es lógico, por su no asociación a desencadenantes ambientales (es decir,

aparece sin ningún motivo identificable). Para efectuar el diagnóstico de trastorno de angustia se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas, si bien la mayoría de los individuos refieren haber padecido un número considerablemente mayor. Estos individuos suelen presentar asimismo crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada (es decir, crisis de angustia que tienen más probabilidades de aparecer en unas situaciones concretas, aunque no se asocian a ellas de forma invariable). Las crisis de angustia situacionales (es decir, las que se asocian casi invariable e inmediatamente con la exposición a un desencadenante ambiental) también pueden aparecer, aunque son menos frecuentes.

La frecuencia y gravedad de las crisis de angustia varían ampliamente. Por ejemplo, algunos individuos las presentan con una periodicidad moderada (p. ej., una vez a la semana), pero regular desde unos meses antes hasta el momento actual. Otros describen breves salvas de crisis más frecuentes (p. ej., cada día durante 1 semana), separadas por semanas o meses sin padecer una sola crisis de angustia, o bien presentándolas con una frecuencia considerablemente menor (p. ej., dos cada mes) durante un período de varios años. Las crisis con síntomas limitados (es decir, crisis idénticas a las crisis de angustia completas, excepto por el hecho de que el miedo o la ansiedad súbitas se acompañan de menos de 4 de los 13 síntomas adicionales) son muy frecuentes en el trastorno de angustia. Aunque la distinción entre las crisis de angustia completas y las crisis con síntomas limitados no deja de ser algo arbitraria, las primeras se asocian a una mayor tasa de morbilidad. La mayoría de los individuos que presentan crisis con síntomas limitados sufren crisis de angustia completas en algún momento del curso del trastorno.

Los individuos con crisis de angustia se preocupan de una manera característica en relación con las implicaciones o consecuencias que aquéllas pueden tener en su vida. Algunos temen que las crisis de angustia anuncien la aparición de una enfermedad no diagnosticada que puede poner en peligro su vida (p. ej., enfermedad coronaria, trastorno comicial), a pesar de controles médicos repetidos que descartan esta posibilidad. Otros creen que las crisis de angustia indican que se están «volviendo locos», están perdiendo el control o ponen en evidencia su debilidad emocional. Algunos individuos con crisis de angustia recidivantes experimentan un cambio comportamental 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 la agorafobia (v. pág. 404), en cuyo caso debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Paralelamente a las preocupaciones sobre las crisis de angustia y sus posibles consecuencias, muchos individuos con trastorno de angustia también confiesan tener sensaciones constantes o intermitentes de ansiedad que no se centran en una situación o acontecimiento específico. Otros se vuelven excesivamente aprensivos en relación al resultado de las actividades y experiencias diarias, particularmente en lo que hace referencia a la salud o a la separación de seres queridos. Por ejemplo, los individuos con trastorno de angustia acostumbra a anticipar un desenlace catastrófico como resultado de síntomas físicos o efectos farmacológicos secundarios cuya importancia real es de carácter leve (p. ej., creencia de que un dolor de cabeza indica la presencia de un tumor cerebral o una crisis hipertensiva). Asimismo, suelen mostrarse menos tolerantes con los efectos secundarios de los fármacos y suelen exigir controles clínicos continuos para seguir tomando una medicación. En los individuos que padecen un trastorno de angustia que no ha sido tratado o ha sido mal diagnosticado, la creencia de que en realidad padecen una enfermedad con peligro vital pue-

de causarles una ansiedad crónica y debilitante y conducirles a una visita excesiva a los centros asistenciales. Este patrón sintomático puede llevar a una desestructuración emocional y económica.

En algunos casos la pérdida o la afectación de algunas relaciones interpersonales importantes (p. ej., abandono del hogar en busca de independencia, divorcio) se relacionan con el inicio o la exacerbación de un trastorno de angustia. Una de las consecuencias frecuentes de este trastorno es la presencia de desmoralización, que lleva a muchos individuos a sentirse desmotivados, avergonzados e infelices por las dificultades que experimentan al llevar a cabo sus actividades diarias. Estos individuos suelen atribuir este fenómeno a una falta de «fuerza» o de «carácter». Esta desmoralización puede generalizarse a áreas que van más allá de los problemas específicos relacionados con la angustia. Estos individuos suelen faltar al trabajo o a la escuela por sus continuas visitas al médico o a los servicios de urgencia, lo que puede dar lugar a despidos o expulsiones de centros educativos.

Los individuos con trastorno de angustia muestran una notable incidencia (50-65 %) de trastorno depresivo mayor. En un tercio de las personas que presentan ambos trastornos el trastorno de angustia coincide con o precede a la aparición del trastorno depresivo mayor. Un subgrupo de casos trata su ansiedad con alcohol o fármacos, pudiendo llegar a desarrollar un trastorno relacionado con sustancias como consecuencia directa de este hecho. También es frecuente la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, hecho éste especialmente constatable en los centros asistenciales y en los individuos que presentan un tipo de agorafobia de carácter más intenso (diversos estudios revelan que entre un 15 y un 30 % de las personas con trastorno de angustia presenta fobia social; entre un 8 y un 10 %, trastorno obsesivo-compulsivo; entre un 10 y un 20 %, fobia específica, y un 25 %, trastorno de ansiedad generalizada). Este trastorno se ha asociado también al trastorno de ansiedad por separación típico de la infancia.

Hallazgos de laboratorio. No se han identificado hallazgos de laboratorio que permitan diagnosticar con seguridad un trastorno de angustia. Sin embargo, sí se han observado alteraciones analíticas en grupos de individuos con trastorno de angustia en comparación con grupos de control, entre las que destaca la alcalosis respiratoria compensada (es decir, disminución de los niveles de dióxido de carbono y bicarbonato, con un pH casi normal). Las crisis de angustia en respuesta a la perfusión de lactato sódico o dióxido de carbono son más frecuentes en el trastorno de angustia que en otros trastornos de ansiedad.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Durante las crisis de angustia cabe observar taquicardia transitoria y elevación moderada de la tensión arterial sistólica. Aunque algunos estudios han sugerido que tanto el prolapso de la válvula mitral como las enfermedades del tiroides presentan una mayor prevalencia entre los individuos con trastorno de angustia respecto a la población general, otros no han podido corroborarlo.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

En algunas culturas las crisis de angustia pueden caracterizarse por un intenso temor ante la brujería o la magia. El trastorno de angustia, tal como aquí viene definido, se ha observado en casi todo el mundo gracias a estudios epidemiológicos generales. Además, varias entidades recogidas en el «Glosario de síndromes dependientes de la cultura» (v. apéndice J) pueden estar relacionadas con el trastorno de angustia. Algunos grupos culturales o étnicos restringen la participación de la mujer en la vida pública, lo que debe diferenciarse de la agorafobia. El trastorno de angustia sin agorafobia se diagnostica dos veces más en mujeres que en varones, mientras que esta relación es 3 a 1 para el trastorno de angustia con agorafobia.

Prevalencia

Estudios epidemiológicos elaborados en todo el mundo indican de forma consistente que la prevalencia del trastorno de angustia (con o sin agorafobia) se sitúa entre el 1,5 y el 3,5 %. Las cifras de prevalencia anual oscilan entre el 1 y el 2 %. Entre un tercio y la mitad de los individuos diagnosticados de trastorno de angustia en la población general presentan también agorafobia, si bien esta última puede observarse todavía más frecuentemente en población clínica.

Curso

La edad de inicio del trastorno de angustia varía considerablemente, si bien lo más típico es que el inicio tenga lugar entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida, lo que podría indicar una distribución de tipo bimodal, con un pico de incidencia al final de la adolescencia y otro pico de menor entidad en la mitad de la cuarta década de la vida. Un número reducido de casos puede iniciarse en la segunda infancia, y el trastorno también puede aparecer, aunque es muy poco frecuente, en mayores de 45 años. Las descripciones retrospectivas que efectúan los individuos visitados en los centros asistenciales sugieren que el curso típico es de carácter crónico, con altas y bajas. Algunas personas presentan brotes episódicos separados por años de remisión, mientras que otras presentan permanentemente un cuadro sintomático intenso. Aunque la agorafobia puede aparecer en cualquier momento, suele hacerlo en el primer año de las crisis de angustia recidivantes. El curso de la agorafobia y su relación con el curso de las crisis de angustia con variables. En ocasiones una disminución o remisión de las crisis de angustia es seguida de cerca por una disminución correspondiente de la evitación y ansiedad agorafóbicas. Otras veces la agorafobia adquiere un carácter crónico independiente de la presencia o ausencia de crisis de angustia. Algunos individuos manifiestan que disminuyen la frecuencia de las crisis de angustia evitando exponerse a ciertas situaciones. Los estudios de seguimiento efectuados en personas tratadas en centros de asistencia terciaria (en los que puede haber un sesgo de selección de los casos con peor pronóstico) sugieren que, al cabo de 6-10 años de tratamiento, cerca del 30 % de los individuos se encuentra bien, entre el 40 y el 50 % han mejorado, pero siguen con algunos síntomas, y el 20-30 % restante sigue igual o incluso peor.

Patrón familiar

Los parientes de primer grado de los individuos con trastorno de angustia tienen entre cuatro y siete veces más probabilidades de presentar este trastorno. Sin embargo, en los centros asistenciales entre la mitad y las tres cuartas partes de los pacientes con trastorno de angustia no presentan el antecedente de un pariente de primer grado afectado. Los estudios con gemelos indican una influencia genética en la aparición del trastorno de angustia.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de trastorno de angustia no debe efectuarse si las crisis de angustia se consideran secundarias a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, en cuyo caso el diagnóstico adecuado es **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica** (v. pág. 448). Entre las enfermedades médicas que pueden producir crisis de angustia se encuentran el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, el feocromocitoma, los trastornos del sistema vestibular, los trastornos comiciales y las enfermedades cardíacas (p. ej., arritmias, taquicardia supraventricular). Las

pruebas de laboratorio (p. ej., niveles séricos de calcio en el hiperparatiroidismo) o las exploraciones físicas (p. ej., en las enfermedades cardíacas) pueden ser útiles para determinar el papel etiológico de la enfermedad médica. Tampoco debe diagnosticarse un trastorno de angustia si las crisis de angustia se consideran secundarias a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos), en cuyo caso el diagnóstico adecuado es **trastorno de ansiedad inducido por sustancias** (v. pág. 451). La intoxicación con estimulantes del sistema nervioso central (p. ej., cocaína, anfetaminas, cafeína) o con *Cannabis*, y el abandono del consumo de depresores del sistema nervioso central (p. ej., alcohol, barbitúricos) pueden precipitar una crisis de angustia. Sin embargo, si estas crisis siguen apareciendo fuera del contexto del consumo de la sustancia (p. ej., mucho tiempo después de haber pasado los efectos de una intoxicación o de un síndrome de abstinencia), sí debe considerarse el diagnóstico de trastorno de angustia. Hechos como un inicio después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante la crisis de angustia (p. ej., vértigo, pérdida de conciencia, pérdida del control esfinteriano, dolores de cabeza, olvidos de palabras o amnesia) deben hacer sospechar que existe una enfermedad médica o consumo de sustancias.

El trastorno de angustia debe diferenciarse de otros trastornos mentales (p. ej., **otros trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos**) que también pueden asociarse a crisis de angustia. El trastorno de angustia, por definición, se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas (espontáneas, no desencadenadas por estímulos ambientales y sin ningún motivo aparente que las justifique). Como ya se ha expuesto (v. pág. 402), existen tres tipos de crisis de angustia: inesperadas, situacionales y más o menos relacionadas con una situación determinada. La presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, independientemente del momento del curso en que aparezcan, es un requisito imprescindible para el diagnóstico de trastorno de angustia. En cambio, las crisis de angustia que tienen lugar en el contexto de otros trastornos de ansiedad son de carácter situacional, o más o menos relacionadas con una situación determinada (p. ej., en la **fobia social** están desencadenadas por acontecimientos sociales, en la **fobia específica** por un objeto o situación determinados, en el **trastorno obsesivo-compulsivo** por la exposición al motivo que centra las obsesiones [p. ej., exposición a la suciedad en un individuo obsesionado por la contaminación] y en el **trastorno por estrés postraumático** por estímulos que recuerdan el desencadenante).

El objeto en el que se centra la ansiedad también es útil para diferenciar el trastorno de angustia con agorafobia de otros trastornos caracterizados por comportamientos de evitación. La evitación agorafóbica se asocia al miedo de padecer una crisis de angustia, mientras que la evitación típica de otros trastornos se relaciona con situaciones específicas (p. ej., miedo a ser observado, humillado o a ruborizarse en la fobia social; miedo a las alturas, los ascensores o a cruzar puentes en la fobia específica; miedo a la separación en el **trastorno de ansiedad por separación**, y miedo a ser perseguido en el **trastorno delirante**).

El diagnóstico diferencial entre fobia específica de tipo situacional y trastorno de angustia con agorafobia puede ser particularmente difícil, ya que en ambos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y comportamientos de evitación de situaciones similares (p. ej., coches, aviones, transportes públicos, recintos cerrados). El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza prototípicamente por crisis de angustia de aparición inesperada que dan lugar a comportamientos de evitación de múltiples situaciones que se consideran posibles desencadenantes. Por su parte, el prototipo de fobia específica de tipo situacional se caracteriza por la evitación de situaciones en ausencia de crisis de angustia inesperadas y recidivantes. En algunos casos se dan cuadros que quedan a medio camino entre ambos prototipos, y en estos casos el juicio clínico del especialista es fundamental para decidir el diagnóstico más apropiado. Se han descrito cuatro factores que pueden ser útiles para establecer este diagnóstico: el objeto del temor, el tipo y número de crisis de angustia, el número de situaciones evitadas y el nivel de ansiedad intercurrente. Por ejemplo, un individuo que nunca ha sentido miedo a los ascensores o ha evitado entrar en ellos presenta una crisis de angustia en uno de ellos y empieza a tener miedo de acudir al trabajo por la necesidad de

utilizarlo para llegar a su oficina, que se encuentra en el piso 24. Si a consecuencia de este hecho el individuo empieza a tener varias crisis de angustia, pero únicamente en los ascensores (aunque él sólo manifiesta temor a padecer crisis de angustia), el diagnóstico de fobia específica podría ser el más adecuado. Si, por el contrario, el individuo sufre crisis de angustia inesperadas en otros lugares y empieza a evitar o a resistir penosamente una amplia variedad de situaciones por miedo a padecer más crisis de angustia, se puede afirmar con seguridad que el diagnóstico correcto es trastorno de angustia con agorafobia. Además, la presencia de aprensión permanente ante nuevas crisis de angustia, incluso no estando expuesto o no anticipando situaciones potencialmente fóbicas, es suficiente para establecer el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. Si el individuo presenta crisis de angustia adicionales en otras situaciones, pero no comportamientos de evitación o de resistencia con intensa ansiedad, el diagnóstico más apropiado es trastorno de angustia sin agorafobia. Si el objeto de evitación no está relacionado con el temor a padecer una crisis de angustia, pero concierne a algún otro tipo de acontecimiento catastrófico (p. ej., accidente debido a la rotura de los cables del ascensor), puede considerarse el diagnóstico adicional de fobia específica.

De forma similar, el diagnóstico diferencial entre la fobia social y el trastorno de angustia con agorafobia puede resultar igualmente complejo, sobre todo cuando existe evitación de situaciones exclusivamente sociales. El objeto del temor y el tipo de crisis de angustia pueden ser útiles para efectuar esta distinción. Por ejemplo, un individuo que nunca ha sentido miedo a hablar en público presenta una crisis de angustia mientras da una conferencia, y empieza a atterrorizarle la idea de tener que volver a dar otra. Si a consecuencia de ello este individuo empieza a sufrir crisis de angustia coincidiendo únicamente con actuaciones ante el público (aunque el objeto del temor sea la posibilidad de padecer una nueva crisis de angustia), entonces el diagnóstico de fobia social podría ser el más adecuado. Si, por el contrario, el individuo sigue experimentando crisis de angustia con independencia de la situación en que se encuentre, se puede afirmar con seguridad que el diagnóstico correcto es trastorno de angustia con agorafobia. Los individuos con fobia social temen ser observados y rara vez presentan una crisis de angustia cuando están solos, mientras que en el trastorno de angustia con agorafobia los individuos pueden sentir más ansiedad en situaciones donde precisamente están faltos de alguien cercano. Por otra parte, las crisis de angustia nocturnas que despiertan al individuo son características del trastorno de angustia.

Cuando se cumplen los criterios para el diagnóstico simultáneo de trastorno de angustia y de cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, deben efectuarse ambos diagnósticos. Sin embargo, si las crisis de angustia inesperadas aparecen en el contexto de otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada), pero no se acompañan de miedo a experimentar una nueva crisis de angustia, inquietud constante por esta cuestión o cambio comportamental durante el período de por lo menos 1 mes, debe olvidarse el diagnóstico adicional de trastorno de angustia. Debido a que los sujetos con trastornos de angustia pueden automedicarse, la presencia simultánea de trastornos relacionados con sustancias (sobre todo en relación con *Cannabis*, alcohol y cocaína) no es un hecho raro.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la crisis de angustia son idénticos a los del DSM-IV, excepto en el hecho de que la CIE-10 incluye un síntoma adicional: boca seca. A diferencia del DSM-IV, el algoritmo diagnóstico que propone la CIE-10 exige que por lo menos uno de los síntomas corresponda a palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca. A su vez, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren la aparición de como mínimo 4 crisis en un período de 4 semanas, hecho que acentúa un poco más las diferencias con el DSM-IV, donde la definición de trastorno de angustia específica que las crisis de angustia resulten clínicamente significativas y revistan carácter recurrente. Asimismo, la CIE-10 excluye el

diagnóstico de trastorno de angustia si las crisis de angustia son debidas a esquizofrenia o a un trastorno del estado de ánimo.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la agorafobia difieren marcadamente de los del DSM-IV. Los criterios de la CIE-10 exigen la presencia de temor o evitación de por lo menos dos de las siguientes situaciones: aglomeraciones, lugares públicos, viajar solo o ausentarse de casa. Además, la CIE-10 también requiere la presencia simultánea de como mínimo 2 síntomas de ansiedad (de la lista de 14 síntomas de angustia) en al menos una ocasión, y que estos síntomas de ansiedad «se limiten a, o predominen en, las situaciones temidas o la contemplación de tales situaciones».

■ Criterios para el diagnóstico de F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01]

- A. Se cumplen (1) y (2):
- (1) crisis de angustia inesperadas recidivantes (v. pág. 403)
 - (2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
 - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)
 - (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis
- B. Ausencia de agorafobia (v. pág. 404).
- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

■ Criterios para el diagnóstico de F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21]

- A. Se cumplen (1) y (2):
- (1) crisis de angustia inesperadas recidivantes (v. pág. 403)

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] (continuación)

- (2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
- (a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis
 - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)
 - (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis
- B. Presencia de agorafobia (v. pág. 404).
- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).
- D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]

Características diagnósticas

Las características esenciales de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia, excepto en el hecho de que existe temor a la aparición de síntomas similares a la angustia o crisis con sintomatología limitada incapacitantes o extremadamente embarazosos, pero nunca crisis de angustia completas. Los individuos con este trastorno presentan agorafobia (v. pág. 404) (Criterio A). Los «síntomas similares a la angustia» incluyen cualquiera de los 13 síntomas descritos en la sección correspondiente a las crisis de angustia (pág. 402) o bien otros síntomas que pueden resultar incapacitantes o embarazosos (p. ej., pérdida del control de esfínter urinario). Por ejemplo, el individuo puede tener miedo a salir de casa por temor a marearse, desmayarse y no encontrar ayuda de nadie una vez en el suelo. Para efectuar este diagnóstico, nunca deben haberse cumplido los criterios diagnósticos de trastorno de angustia completo (Criterio B), y el cuadro sintomático no ha de ser secundario a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica (Criterio C). En el caso de asociarse una enfermedad médica (p. ej., una enfermedad cardíaca), el miedo a sentir incapacidad o embarazo por la aparición de sus síntomas (p. ej., desmayos) es claramente excesivo en comparación con el temor habitualmente asociado a ese proceso (Criterio D).

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Algunos grupos culturales o étnicos restringen la participación de la mujer en la vida pública, lo cual debe diferenciarse de la propia agorafobia. Por otra parte, el trastorno es mucho más frecuente en mujeres que en varones.

Prevalencia

En los centros asistenciales la mayoría (más del 95 %) de los individuos que acuden por agorafobia presentan igualmente un diagnóstico (o historia) de trastorno de angustia. En cambio, la prevalencia de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia es superior a la del trastorno de angustia con agorafobia. No obstante, debido a la dificultad de una correcta valoración clínica es probable que las cifras de los estudios epidemiológicos estén sobredimensionadas. Recientemente, varios especialistas se valieron de programas de entrevistas estándar para reevaluar a los individuos que habían sido diagnosticados de agorafobia sin historia de trastorno de angustia en estudios epidemiológicos previos, y en la mayoría de los casos observaron fobias específicas, pero no agorafobia.

Curso

Se sabe poco sobre el curso de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia. Hay algunas pruebas anecdóticas que sugieren que algunos casos persisten durante años y determinan con el tiempo un deterioro considerable.

Diagnóstico diferencial

La agorafobia sin historia de trastorno de angustia se diferencia del **trastorno de angustia con agorafobia** por la ausencia de antecedentes de crisis de angustia inesperadas y recidivantes. Los comportamientos de evitación en la agorafobia sin historia de trastorno de angustia obedecen al miedo de sentir incapacitación o humillación pública como consecuencia de los síntomas similares a la angustia cuya aparición es súbita e imprevisible, y no a las crisis de angustia completas como ocurre en el trastorno de angustia con agorafobia. El diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia sigue siendo el adecuado en los casos en que las crisis de angustia acaban remitiendo, pero la agorafobia prevalece.

La agorafobia sin historia de trastorno de angustia también debe diferenciarse de otras causas de agorafobia. En la **fobia social** los individuos eluden los actos sociales o las actuaciones ante el público por miedo a que su comportamiento pueda humillarles o ponerles en apuros. En la **fobia específica** el individuo evita objetos o situaciones específicos temidos. En el **trastorno depresivo mayor** el individuo puede evitar vivir en casa debido a su apatía, pérdida de energía y anhedonia. Los miedos persecutorios (típicos del **trastorno delirante**) y el temor a contaminarse (característico del **trastorno obsesivo-compulsivo**) pueden igualmente conducir a comportamientos de evitación generalizados. En el **trastorno de ansiedad por separación** el niño elude situaciones que pueden separarle de su casa o de sus familiares cercanos.

Los individuos con algunas enfermedades médicas pueden evitar algunas situaciones debido a **preocupaciones realistas** sobre la posibilidad de hallarse incapacitados (p. ej., desmayos en isquemias transitorias) o en apuros (p. ej., despeños diarreicos en la enfermedad de Crohn). El diagnóstico de agorafobia sin historia de trastorno de angustia sólo debe considerarse si el temor o la

comportamiento de evitación son claramente excesivos en comparación con los habitualmente asociados a la enfermedad médica.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la agorafobia difieren marcadamente de los del DSM-IV. Los criterios de la CIE-10 exigen la presencia de temor o evitación de por lo menos dos de las siguientes situaciones: aglomeraciones, lugares públicos, viajar solo o ausentarse de casa. Además, la CIE-10 también requiere la presencia simultánea de como mínimo 2 síntomas de ansiedad (de la lista de 14 síntomas de angustia) en al menos una ocasión y que estos síntomas de ansiedad «se limiten a, o predominen en, las situaciones temidas o la contemplación de tales situaciones».

■ Criterios para el diagnóstico de F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22]

- A. Aparición de agorafobia (v. pág. 404) en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).
- B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia (v. pág. 411).
- C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.
- D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

F40.2 Fobia específica [300.29] (antes fobia simple)

Características diagnósticas

La característica esencial de la fobia específica es un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos (Criterio A). La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad (Criterio B). Esta respuesta puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada (v. pág. 402). Aunque los adolescentes y adultos con este trastorno reconocen que este temor es excesivo e irracional (Criterio C), esto no sucede a veces en el caso de los niños. En la mayoría de las ocasiones el estímulo fóbico es evitado, si bien a veces puede experimentarse, aunque con sumo terror (Criterio D). El diagnóstico es correcto sólo si este comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación con el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas del individuo, con sus relaciones laborales o

sociales, o si la existencia de esta fobia provoca un malestar evidente (Criterio E). En los menores de 18 años los síntomas deben haber persistido durante al menos 6 meses antes de poder efectuar el diagnóstico de fobia específica (Criterio F). La ansiedad, crisis de angustia o evitación fóbica no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de angustia con agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de angustia) (Criterio G).

El individuo experimenta un temor marcado, persistente y excesivo o irracional cuando se encuentra en presencia de objetos o situaciones específicos o bien cuando anticipa su aparición. El objeto del miedo puede ser la propia anticipación del peligro o daño inherente al objeto o situación (p. ej., el individuo puede temer viajar en avión debido al miedo a estrellarse, puede temer a los perros por miedo a ser mordido o puede temer conducir un coche por miedo a tener un accidente).

Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido. Por ejemplo, los individuos temerosos de la sangre y las heridas pueden estar preocupados asimismo por la posibilidad de desmayarse, los que tienen miedo a las alturas también pueden sentir inquietud por los mareos y los que tienen miedo a las aglomeraciones pueden preocuparse asimismo por la posibilidad de perder el control y empezar a gritar entre la gente.

En presencia del estímulo fóbico aparece de forma inmediata y casi invariablemente una respuesta de ansiedad (p. ej., un individuo con fobia específica a los gatos experimentará casi invariablemente y de forma inmediata una respuesta de ansiedad cuando se le fuerce a acercarse a ellos). El nivel de ansiedad o temor suele variar en función del grado de proximidad al estímulo fóbico (p. ej., el miedo se intensifica a medida que el gato se acerca y disminuye a medida que éste se aleja) y al grado en que la huida se ve limitada (p. ej., el miedo se intensifica a medida que el ascensor se acerca al punto medio entre dos pisos y disminuye a medida que las puertas se van abriendo al llegar al siguiente piso). Sin embargo, la intensidad del temor no siempre se relaciona de forma tan previsible con el estímulo fóbico (p. ej., una persona que tiene miedo a las alturas puede experimentar grados variables de temor al cruzar el mismo puente en diferentes momentos). En ocasiones aparecen crisis de angustia con sintomatología completa como respuesta al estímulo fóbico, especialmente cuando la persona se ve obligada a permanecer en esa situación o cree que la huida es imposible. Debido a la aparición de ansiedad anticipatoria cuando el individuo se ve en la necesidad de entrar en situaciones fóbicas para él, éstas suelen acabar siendo evitadas. Con menos frecuencia, el individuo se obliga a sí mismo a soportar la situación fóbica, aunque esto propicia la aparición de una intensa ansiedad.

Los adultos que padecen este trastorno reconocen que la fobia es excesiva o irracional. En el caso de que, por ejemplo, un individuo evite entrar en un ascensor porque está convencido de que ha sido sabotado y no reconozca que este temor es excesivo e irracional, en vez de una fobia específica debe diagnosticarse un trastorno delirante. Es más, tampoco debe diagnosticarse una fobia específica si el temor se considera coherente teniendo en cuenta el contexto en que se produce (p. ej., miedo a recibir un disparo en un coto de caza o en un barrio peligroso). La convicción o conciencia de que el temor es excesivo o irracional tienden a aumentar con la edad, pero no constituyen un elemento diagnóstico imprescindible en la infancia.

Los temores a objetos o situaciones circunscritas son muy frecuentes, sobre todo en los niños, si bien en muchos casos el grado de deterioro a que dan lugar no es suficiente para establecer el diagnóstico. Si la fobia no provoca un malestar clínico significativo o un deterioro de la actividad del individuo, no debe efectuarse el diagnóstico de fobia específica. Por ejemplo, un individuo que tiene miedo a las serpientes hasta el punto de experimentar un intenso temor cuando está ante una de ellas no debe ser diagnosticado de fobia específica si reside en un área donde no hay serpientes, sus actividades no se ven limitadas por el intenso temor que le infunden estos reptiles y no siente malestar alguno por esta situación.

Subtipos

Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica (p. ej., fobia específica, tipo animal).

Tipo animal. El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

Tipo ambiental. El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

Tipo sangre-inyecciones-daño. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

Tipo situacional. El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia en función del sexo, su patrón de incidencia familiar y su edad de inicio son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia.

Otros tipos. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los «espacios» (es decir, el individuo tiene miedo de caerse si no hay paredes u otros medios de sujeción), y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

La distribución de frecuencias de estos subtipos en los centros asistenciales para adultos, de la más a la menos frecuente, es la siguiente: situacional, ambiental, fobia a la sangre-inyecciones-daño y, por último, animal. En muchos casos hay más de un subtipo de fobia específica. El hecho de tener una fobia de un subtipo determinado aumenta las probabilidades de padecer otra fobia del mismo subtipo (p. ej., miedo a los gatos y a las serpientes). Cuando se observa más de un subtipo, deben anotarse todos ellos (p. ej., fobia específica de tipo animal y ambiental).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Las fobias específicas, dependiendo del subtipo, pueden dar lugar a un estilo de vida limitado o interferir con ciertas actividades. Por ejemplo, la evitación de los viajes en avión puede poner en peligro un ascenso en el trabajo, y el miedo a las aglomeraciones o a los recintos cerrados puede limitar las actividades sociales del individuo. Las fobias específicas suelen coexistir con otros trastornos de ansiedad, si bien en estos casos no suelen constituir el motivo de consulta, ya que producen mucho menos malestar e interfieren notoriamente menos en las actividades del individuo que el diagnóstico principal de trastorno de ansiedad. Entre estas asociaciones destaca por su elevada frecuencia la que existe con el trastorno de angustia con agorafobia.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Las respuestas vasovagales en forma de desmayo son características de las fobias específicas a la sangre-inyecciones-daño; aproximadamente el 75 % de estos individuos confiesa una historia de múltiples desmayos cuando se expone a dichas situaciones. Las respuestas fisiológicas se caracterizan por una

aceleración inicial y fugaz de la frecuencia cardíaca, seguida de una desaceleración y un descenso de la tensión arterial, lo que contrasta con el habitual aumento de la frecuencia cardíaca en otras fobias específicas. Algunas enfermedades médicas se exacerban como resultado de los comportamientos de evitación fóbica. Por ejemplo, la fobia específica a la sangre-inyecciones-daño puede tener efectos perjudiciales sobre la salud dental o física, ya que el individuo puede evitar someterse al tratamiento médico u odontológico necesario. De forma similar, el miedo a atragantarse puede tener un efecto perjudicial sobre la salud cuando el individuo ingiere sólo alimentos fáciles de tragar o cuando evita tomar fármacos por vía oral.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El contenido de las fobias y su prevalencia muestran considerables variaciones según la cultura y la etnia. Por ejemplo, el miedo a los espíritus o a la magia existe en multitud de culturas y sólo debe considerarse una fobia específica si es excesivo en el contexto de esa cultura y provoca un malestar clínico significativo o un marcado deterioro de las actividades del individuo.

En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, parálisis o abrazos. Los niños no suelen reconocer que sus temores son excesivos o irracionales y rara vez expresan malestar por la fobia. El miedo a los animales y a otras situaciones ambientales es particularmente frecuente, teniendo un carácter a menudo transitorio cuando aparece en la infancia. El diagnóstico de fobia específica no puede asegurarse a no ser que estos temores den lugar a un deterioro significativo de las actividades del individuo (p. ej., resistencia a ir a la escuela por temor a encontrarse con un perro en la calle).

La frecuencia según el sexo también varía según los tipos de fobia específica. Aproximadamente el 75-90 % de las personas que padecen fobia animal o ambiental son mujeres (excepto en el miedo a las alturas, donde las mujeres representan un 55-70 %). De forma similar, aproximadamente el 75-90 % de los individuos que padecen fobia situacional son mujeres. Éstas también constituyen el 55-70 % de los individuos con fobia a la sangre-inyecciones-daño.

Prevalencia

Aunque son frecuentes en la población general, las fobias raramente provocan un malestar o un deterioro general suficientes como para permitir realizar el diagnóstico de fobia específica. Las cifras de prevalencia publicadas en la literatura pueden variar según los umbrales empleados para determinar el malestar o deterioro general a que dan lugar y el tipo de fobias estudiadas. En la población general la tasa de prevalencia anual se sitúa alrededor del 9 %, mientras que la prevalencia global oscila entre el 10 y el 11,3 %.

Curso

La media de edad de inicio varía en cada tipo de fobia específica. Para la fobia situacional, la edad de inicio tiende a seguir una distribución bimodal, con un primer pico de incidencia en la segunda infancia y un segundo pico en la mitad de la tercera década de la vida. Para la fobia ambiental (p. ej., fobia a las alturas), el inicio suele situarse en la segunda infancia, si bien muchos casos nuevos de fobia a las alturas aparecen al principio de la edad adulta. La segunda infancia también suele constituir la edad de inicio en la fobia animal y en la fobia a la sangre-inyecciones-daño.

Entre los factores que predisponen a la aparición de fobia específica cabe citar los acontecimientos traumáticos (como el ser atacado por un animal o quedar atrapado en un lugar pequeño y cerrado), crisis de angustia inesperadas en la situación que se convertirá en temida, observación de otros individuos que sufren traumatismos o muestran temor (p. ej., presenciar caídas desde grandes alturas o personas que se asustan en presencia de ciertos animales) y transmisión de informaciones (p. ej., repetidas advertencias paternas sobre los peligros de ciertos animales o reportajes periodísticos sobre catástrofes aéreas). Los objetos o situaciones temidos tienden a implicar aspectos que ciertamente pueden o han podido representar una amenaza en algún momento de la historia de la humanidad. Las fobias generadas por acontecimientos traumáticos o por crisis de angustia inesperadas acostumbran a aparecer de forma particularmente aguda. Las fobias de origen traumático no presentan una edad de inicio característica (p. ej., el miedo a atragantarse que suele seguir a un episodio de obstrucción faríngea total o parcial puede aparecer prácticamente a cualquier edad). Las fobias que persisten durante toda la etapa adulta rara vez suelen remitir (sólo ocurre en un 20 % de los casos).

Patrón familiar

Los estudios preliminares sugieren la posible existencia de una cierta incidencia familiar según el tipo de fobia (p. ej., los parientes de primer grado de sujetos afectados de una fobia animal tienen más probabilidades de presentar una fobia de este tipo, aunque no necesariamente frente al mismo animal, y los parientes de primer grado de sujetos afectados de fobia situacional tienen igualmente más probabilidades de llegar a desarrollar fobias de este tipo). El miedo a la sangre y al daño presenta una incidencia familiar particularmente alta.

Diagnóstico diferencial

Las fobias específicas se diferencian de gran parte del resto de los trastornos de ansiedad en los niveles de ansiedad intercurrente. De forma característica, en la fobia específica, a diferencia del **trastorno de angustia con agorafobia**, el individuo no presenta una ansiedad permanente, toda vez que el miedo se limita a objetos y situaciones específicos y circunscritos. Sin embargo, la anticipación ansiosa generalizada puede emerger en las situaciones donde el encuentro con el estímulo fóbico sea bastante probable (p. ej., cuando una persona que teme a las serpientes va a vivir a un área desértica) o cuando los acontecimientos vitales propician un enfrentamiento inminente con el estímulo fóbico (p. ej., cuando una persona que tiene miedo a volar se ve obligada por las circunstancias a hacer un viaje en avión).

El diagnóstico diferencial entre la fobia específica de tipo situacional y el trastorno de angustia con agorafobia puede resultar particularmente difícil, ya que en ambos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y comportamientos de evitación de situaciones similares (p. ej., coches, aviones, transportes públicos, recintos cerrados). El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza prototípicamente por crisis de angustia de aparición inesperada que dan lugar a comportamientos de evitación de múltiples situaciones que se consideran posibles desencadenantes. Por su parte, el prototipo de fobia específica de tipo situacional se caracteriza por la evitación de situaciones en ausencia de crisis de angustia inesperadas recidivantes. Algunos enfermos acuden a la consulta con cuadros que quedan a medio camino entre ambos prototipos; en estos casos el juicio clínico del especialista será fundamental para decidir el diagnóstico más apropiado. Se han descrito cuatro factores que son útiles para establecer este diagnóstico: el objeto del temor, el tipo y número de crisis de angustia, el número de situaciones evitadas y el nivel de ansiedad intercurrente. Por ejemplo, un individuo que nunca ha sentido miedo a los ascensores ni ha evitado en-

trar en ellos presenta una crisis de angustia en uno de ellos y empieza a tener miedo de acudir al trabajo por la necesidad de utilizarlo para llegar a su oficina, que se encuentra en el piso 24. Si a consecuencia de este hecho el individuo empieza a tener varias crisis de angustia, pero sólo en los ascensores (aunque él sólo manifiesta temor a padecer crisis de angustia), el diagnóstico de fobia específica podría ser el más adecuado. Si, por el contrario, el individuo sufre crisis de angustia inesperadas en otros lugares y empieza a evitar o a resistir penosamente una amplia gama de situaciones por miedo a padecer más crisis de angustia, se puede afirmar con seguridad que el diagnóstico correcto es trastorno de angustia con agorafobia. Además, la presencia de aprensión permanente ante nuevas crisis de angustia, incluso no estando expuesto o no anticipando situaciones potencialmente fóbicas es suficiente para establecer el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. Si el individuo presenta crisis de angustia en otras situaciones, pero no comportamientos de evitación o de resistencia con intensa ansiedad, el diagnóstico más apropiado es trastorno de angustia sin agorafobia.

Por otra parte, a veces puede establecerse el diagnóstico de fobia específica y trastorno de angustia con agorafobia en un mismo individuo. En estos casos puede ser muy útil considerar en qué se centran las preocupaciones del individuo en relación con la situación fóbica. Por ejemplo, la evitación de encontrarse solo por el miedo a padecer una crisis de angustia inesperada permite diagnosticar con seguridad un trastorno de angustia con agorafobia (aunque se cumplan los criterios diagnósticos de cualquier otro trastorno), mientras que la evitación fóbica adicional de volar por miedo a una situación climática desfavorable que pudiera hacer estrellar el avión permite diagnosticar una fobia específica con total seguridad.

La fobia específica y la **fobia social** pueden diferenciarse en virtud del objeto o la situación fóbicos. Por ejemplo, la evitación de comer en un restaurante puede basarse en el miedo a ser evaluado por los demás (es decir, fobia social) o deberse al temor a atragantarse (es decir, fobia específica). A diferencia de lo que sucede en la fobia específica, el comportamiento de evitación característico del **trastorno por estrés postraumático** aparece con posterioridad a un acontecimiento estresante y peligroso para la vida y se acompaña de síntomas adicionales (p. ej., reexperiencias del trauma y empobrecimiento de la vida afectiva). En el **trastorno obsesivo-compulsivo** el comportamiento de evitación se relaciona con el contenido de las ideas obsesivas (p. ej., suciedad, contaminación). En los casos de **trastorno de ansiedad por separación** no debe efectuarse el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente al temor de separarse de personas a las que el individuo se siente ligado. Es más, los niños que presentan un trastorno de ansiedad por separación a menudo expresan también un temor exagerado hacia personas o acontecimientos (p. ej., ladrones, secuestradores, accidentes de coche, viajes en avión) que pueden poner en peligro la unidad familiar. En estos casos el diagnóstico adicional de fobia específica rara vez está indicado.

El diagnóstico diferencial entre la **hipocondría** y la fobia específica de otros tipos (p. ej., evitación de situaciones que pueden dar lugar a contraer una enfermedad) depende de la presencia o ausencia de la convicción de estar enfermo. En la hipocondría existe una constante preocupación motivada por el miedo a estar sufriendo una enfermedad, mientras que en la fobia específica sólo se teme la posibilidad de adquirirla (pero sin creer que ya se tiene). Los individuos con **anorexia nerviosa** y **bulimia nerviosa** no deben ser diagnosticados de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente a la comida y a los estímulos relacionados con él. En la **esquizofrenia** o en otros **trastornos psicóticos** la persona puede evitar ciertas actividades como respuesta a sus propios delirios, pero nunca reconoce que estos temores son excesivos o irracionales.

En definitiva, los miedos son muy frecuentes, especialmente en la infancia, pero su sola presencia no permite asegurar el diagnóstico de fobia específica, a no ser que interfieran marcadamente con las actividades sociales, académicas o laborales del individuo, o le provoquen un malestar clínico significativo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo y exigen la presencia simultánea de por lo menos 2 síntomas de ansiedad (de la misma lista de 14 síntomas citada para la angustia). Además, la CIE-10 especifica que los síntomas de ansiedad «se limiten a las situaciones temidas o a la contemplación de tales situaciones».

■ **Criterios para el diagnóstico de F40.2 Fobia específica [300.29]**

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. **Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F40.2 Fobia específica [300.29]
(continuación)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas)

F40.1 Fobia social [300.23]
(trastorno de ansiedad social)

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas (Criterio A). La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad (Criterio B). Dicha respuesta puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada (v. pág. 402). Aunque los adolescentes y adultos que padecen el trastorno reconocen que este temor resulta excesivo o irracional (Criterio C), puede que esto no suceda en los niños. En la mayoría de las ocasiones las situaciones sociales o actuaciones en público acaban convirtiéndose en motivo de evitación, si bien otras veces el individuo puede soportarlas aunque experimentando sumo terror (Criterio D). El diagnóstico puede efectuarse sólo en los casos en los que el comportamiento de evitación, el temor o la ansiedad de anticipación interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales y su vida social, o bien genera un malestar clínicamente significativo (Criterio E). En las personas menores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo durante 6 meses antes de poder diagnosticar una fobia social (Criterio F). El miedo o los comportamientos de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, trastorno generalizado del desarrollo, o trastorno esquizoide de la personalidad) (Criterio G). Si existe otro trastorno mental (p. ej., tartamudez, enfermedad de Parkinson, anorexia nerviosa), el temor o el comportamiento de evitación no se limitan a la preocupación por su posible impacto social (Criterio H).

Cuando el individuo con fobia social se encuentra en las situaciones sociales o en las actuaciones en público temidas, experimenta una preocupación constante por la posibilidad de que resulten embarazosas y teme que los demás le vean como a un individuo ansioso, débil, «loco» o estúpido. Estos individuos pueden tener miedo de hablar en público porque creen que los demás se darán cuenta de que su voz o sus manos están temblando, o porque piensan que en cualquier momento les puede invadir una extrema ansiedad al mantener una conversación por temor a no poder articular correctamente las palabras. Puede que eviten comer, beber o escribir en público por miedo a sentirse en apuros cuando los demás comprueben cómo les tiemblan las manos. Los individuos con fobia social experimentan casi siempre síntomas de ansiedad (p. ej., palpitaciones, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento, confusión) en las situaciones sociales temidas, y, en los casos más serios, estos síntomas pueden llegar a cumplir los criterios diagnósticos de una crisis de angustia (v. pág. 403). El enrojecimiento es muy típico de la fobia social.

Los adultos con fobia social reconocen que sus temores son excesivos o irracionales, aunque esto puede no suceder con los niños. Por ejemplo, en un individuo que elude comer en público porque está convencido de que la policía lo estará vigilando y que, por otra parte, no reconoce que este temor es excesivo e irracional, el diagnóstico correcto sería trastorno delirante antes que fobia social. Es más, tampoco deberían diagnosticarse de fobia social aquellos temores que son congruentes con el contexto del estímulo (p. ej., miedo a ser preguntado en clase por el profesor cuando no se ha preparado la lección).

De forma característica, el individuo con fobia social evitará las situaciones temidas. Con menos frecuencia, se obligará a sí mismo a soportar estas situaciones, aunque a costa de una intensa ansiedad. También puede aparecer una acusada ansiedad anticipatoria mucho antes de que el individuo deba afrontar la situación social temida o la actuación en público (p. ej., preocupaciones diarias durante varias semanas antes de asistir a un acontecimiento social). A veces llega a constituirse un ciclo vicioso, formado por ansiedad anticipatoria que provoca ideas de miedo y síntomas de ansiedad una vez en la situación temida, lo que produce un rendimiento insatisfactorio real o subjetivo en este tipo de situaciones, lo cual genera más malos ratos y más ansiedad anticipatoria, y así sucesivamente.

Para establecer el diagnóstico de fobia social, los temores o los comportamientos de evitación deben interferir marcadamente en la actividad laboral o académica del individuo o en sus relaciones sociales, o generar un malestar clínicamente significativo. 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 son lo suficientemente intensos como para permitir diagnosticar con seguridad una fobia social. La ansiedad o la evitación transitoria de situaciones sociales son especialmente frecuentes en la infancia y la adolescencia (p. ej., una chica adolescente puede evitar comer delante de los chicos durante una breve temporada y luego volver a comportarse normalmente). En los individuos menores de 18 años sólo los síntomas que persisten por lo menos 6 meses permiten realizar el diagnóstico de fobia social.

Especificación

Generalizada. Esta especificación puede utilizarse cuando los temores se relacionan con la mayoría de las situaciones sociales (p. ej., iniciar o mantener conversaciones, participar en pequeños grupos, tener citas, hablar con las figuras de autoridad, asistir a fiestas). Los individuos con fobia social generalizada suelen tener miedo tanto a actuar en público como a situaciones sociales interactivas. Debido a que los individuos con fobia social no acostumbran a confesar espontáneamente la amplia variedad de situaciones sociales que les producen temor, puede resultar útil para el clínico repasar la lista de situaciones sociales y actuaciones en público en colaboración con el paciente. Los individuos que no reúnen los criterios definitorios de fobia social generalizada conforman un grupo heterogéneo donde puede incluirse a personas que temen una actuación ante el público en concreto y personas que, si bien tienen miedo a varias situaciones sociales, no puede decirse que las temen todas. Los individuos con fobia social generalizada pueden ser más propensos a presentar deficiencias en sus habilidades sociales y a padecer un serio deterioro de sus relaciones sociales y laborales.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Entre las características comúnmente asociadas a la fobia social cabe citar la hipersusceptibilidad a la crítica, a la valoración

negativa por parte de los demás y al rechazo; la dificultad para autoafirmarse, y la baja autoestima y los sentimientos de inferioridad. Los individuos con fobia social también acostumbran a temer las evaluaciones indirectas, por ejemplo, los exámenes. A veces muestran pobres habilidades sociales (p. ej., les cuesta mantener la mirada de otras personas) o signos objetivables de ansiedad (p. ej., manos frías y pegajosas, temblores, voz vacilante). Los individuos con fobia social suelen obtener malos resultados en la escuela debido a la ansiedad que les producen los exámenes y la evitación de la participación oral en clase. También pueden tener un bajo rendimiento laboral debido a la ansiedad que experimentan al hablar en grupos pequeños, en público, con los colegas y las figuras de autoridad, así como por la propia evitación de estas situaciones. Las personas que padecen fobia social acostumbran a disponer de un escaso apoyo social y tienen menos probabilidades de casarse. En los casos más serios estos individuos son expulsados de la escuela o despedidos del trabajo con la posibilidad de no poder reincorporarse a estas actividades por la dificultad y ansiedad que les supone acudir a entrevistas de selección; puede que no tengan ningún amigo o no puedan aferrarse a nadie no logrando nunca completar una relación; pueden abstenerse de concertar cita alguna, o pueden permanecer toda la vida con los padres.

La fobia social puede asociarse al trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias y trastorno de somatización, precediendo habitualmente su aparición a la de estos trastornos. En las muestras clínicas los individuos con fobia social generalizada suelen presentar a la vez un trastorno de la personalidad por evitación.

Hallazgos de laboratorio. Comparados con los que presentan un trastorno de angustia, los individuos con fobia social tienen menos probabilidades de padecer una crisis de angustia en respuesta a la perfusión de lactato sódico o a la inhalación de dióxido de carbono. Estos hallazgos ayudan a diferenciar ambas entidades, aunque no revisten la suficiente importancia como para permitir por sí mismos establecer un diagnóstico diferencial definitivo.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La presentación clínica y sus consecuencias en las actividades diarias del individuo pueden mostrar una considerable variación a través de las diferentes culturas, dependiendo fundamentalmente de las exigencias sociales del lugar. En algunas culturas (p. ej., Japón y Corea) los individuos con fobia social pueden presentar un temor permanente y excesivo a ofender a los demás en las situaciones sociales, en vez del habitual miedo a pasar apuros. Estos temores adquieren a veces la forma de una extrema ansiedad por el hecho de que el enrojecimiento, las miradas directas y los efluvios corporales puedan ser ofensivos para los demás (*taijin kyofusho* en Japón).

En los niños las fobias sociales pueden tomar forma de lloros, tartamudez, parálisis, abrazos o aferramiento a familiares cercanos y abstención de mantener relaciones con los demás hasta llegar incluso al mutismo. Los niños mayores pueden mostrarse excesivamente tímidos en los ambientes sociales alejados de la familia, eludir los contactos con los demás, rehusar participar en juegos de equipo y mantenerse típicamente en una posición de segunda línea en las actividades sociales, procurando aferrarse siempre a sus familiares de mayor edad. A diferencia de los adultos, los niños con fobia social no suelen tener la oportunidad de evitar la totalidad de situaciones temidas, y es posible que se muestren incapaces de identificar la naturaleza de su ansiedad. También es posible que exista una disminución de su participación en clase, negativa a asistir a la escuela o evitación de las actividades y citas adecuadas para su edad. Para realizar el diagnóstico de fobia social en un niño, es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto. Es decir, en

el niño, y como resultado de esta fobia social, que se inicia tempranamente y presenta un curso crónico, lo que va a ponerse de relieve, más que un empeoramiento respecto a un nivel previo de actividad, es una falta de consecución de las expectativas que se habían creado con arreglo a su edad. En cambio, cuando el trastorno se inicia en la adolescencia, puede conducir a un empeoramiento del rendimiento social y académico.

Los estudios epidemiológicos sugieren que la fobia social es más frecuente en las mujeres; sin embargo, cuando se estudian poblaciones clínicas, ambos sexos se muestran igualmente propensos, o bien se constata que el trastorno incide más frecuentemente en los varones.

Prevalencia

Los estudios epidemiológicos han puesto de relieve una prevalencia global para la fobia social que oscila entre el 3 y el 13 %. Estas cifras pueden variar dependiendo de los umbrales definidos para cuantificar el malestar clínico o la afectación de la actividad global del individuo y los tipos de situaciones sociales objeto de estudio. En uno de estos trabajos el 20 % de los casos manifestaba un miedo excesivo a hablar o actuar en público, pero sólo un 2 % aproximadamente parecía experimentar suficiente malestar o afectación general como para poder asegurar que se trataba de una fobia social. En la población general la mayoría de los individuos con fobia social temen hablar en público, mientras que un poco menos de la mitad de estos casos confesaba tener miedo de hablar con extraños o conocer a gente nueva. Otros temores relacionados con las actuaciones en público (p. ej., comer, beber o escribir delante de los demás, o permanecer en una sala de espera) parecen menos frecuentes. En los centros asistenciales la gran mayoría de las personas con fobia social sienten temor por más de un tipo de situación social. La fobia social rara vez constituye un motivo de ingreso hospitalario. Entre los pacientes con trastorno de ansiedad en régimen ambulatorio, un 10-20 % presentan igualmente algún tipo de fobia social, si bien estas cifras varían ampliamente de unos estudios a otros.

Curso

La fobia social suele aparecer típicamente a mediados de la edad adulta, a veces con el antecedente infantil de timidez o inhibición social. Algunos individuos sitúan el inicio del cuadro al principio de la segunda infancia. La aparición del trastorno puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante, o bien puede hacerlo de forma lenta e insidiosa. El curso de la fobia social acostumbra a ser crónico o continuo. A menudo persiste durante toda la vida, si bien a veces remite total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta. La intensidad del trastorno y sus consecuencias en la actividad diaria del individuo dependen principalmente de los acontecimientos vitales estresantes y de las exigencias sociales del lugar o la profesión. Por ejemplo, la fobia social puede disminuir cuando el individuo que siente temor por las citas con las chicas logra casarse y volver a aparecer con toda su intensidad si aquél se queda viudo. A veces la fobia social aparece por primera vez cuando el individuo obtiene un ascenso en el trabajo que le obliga, por ejemplo, a hablar a menudo ante el público, cuando nunca antes se había visto en la necesidad de tener que hacerlo.

Patrón familiar

Comparados con la población general, los parientes de primer grado de los individuos con fobia social parecen tener más probabilidades de sufrir este trastorno.

Diagnóstico diferencial

Cuando un individuo experimenta crisis de angustia y evitación de situaciones sociales, suele representar un difícil problema de diagnóstico diferencial. El prototipo de **trastorno de angustia con agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia de aparición inesperada que dan lugar a comportamientos de evitación de múltiples situaciones que se consideran posibles desencadenantes. El miedo a que los demás presencien cómo uno mismo sufre una crisis de angustia puede motivar la aparición de comportamientos de evitación social en el trastorno de angustia, si bien este trastorno se caracteriza por crisis de angustia inesperadas cuya aparición no se limita al contexto de las situaciones sociales; no debe efectuarse el diagnóstico de fobia social cuando el único temor social hace referencia a la posibilidad de ser contemplado en plena crisis de angustia. La fobia social se caracteriza por evitación de situaciones sociales en ausencia de crisis de angustia inesperadas y recidivantes. Cuando aparece una de estas crisis, puede adquirir la forma de crisis de angustia situacional o bien de crisis de angustia más o menos relacionada con una situación determinada (p. ej., el individuo con temor a pasar apuros al hablar en público tan sólo experimenta crisis de angustia cuando ha de pronunciar un discurso o se enfrenta a otras situaciones sociales). Algunos sujetos acuden a la consulta con cuadros que quedan a medio camino entre ambos trastornos, y en estos casos el juicio clínico del especialista será fundamental para establecer el diagnóstico más apropiado. Por ejemplo, un individuo que nunca ha sentido miedo a hablar en público presenta una crisis de angustia mientras da una conferencia, y a partir de entonces empieza a aterrizarle la idea de tener que volver a dar otra. Si a consecuencia de ello este individuo empieza a sufrir crisis de angustia coincidiendo únicamente con actuaciones ante el público (aunque el objeto del temor sea la posibilidad de padecer una nueva crisis de angustia), el diagnóstico de fobia social podría ser el más adecuado. Si, por el contrario, el individuo sigue experimentando crisis de angustia con independencia de la situación en que se encuentre, cabe afirmar con seguridad que el diagnóstico correcto es trastorno de angustia con agorafobia. Si se cumplen los criterios diagnósticos de la fobia social y del trastorno de angustia a la vez, pueden diagnosticarse ambos trastornos. Por ejemplo, un individuo que toda la vida ha sentido miedo a la mayoría de las situaciones sociales y éste ha dado lugar a múltiples comportamientos de evitación (fobia social) en un momento determinado puede empezar a sufrir crisis de angustia en situaciones no sociales que dan lugar a comportamientos de evitación adicionales (trastorno de angustia con agorafobia).

La evitación de situaciones sociales por temor a una posible humillación constituye un rasgo muy prominente en las fobias sociales, pero también aparece en ocasiones en el **trastorno de angustia con agorafobia** y en la **agorafobia sin historia de trastorno de angustia**. En las fobias sociales las situaciones que son objeto de evitación se limitan exclusivamente a aquellas en las que el individuo considera que puede ser escrutado por los demás. En la agorafobia sin historia de trastorno de angustia los temores suelen hacer referencia a un conjunto determinado de situaciones en las que puede o no darse la posibilidad de ser observado y analizado por los demás (p. ej., encontrarse solo dentro o fuera de casa; cruzar un puente o coger un ascensor; viajar en autobús, tren, coche o avión). Determinar el papel que pueda desempeñar el acompañante es también útil para diferenciar una fobia social de una agorafobia con o sin historia de trastorno de angustia. Los individuos con comportamientos de evitación de tipo agorafóbico prefieren claramente estar acompañados por alguien cuando se enfrentan a la situación temida, mientras que en la fobia social el individuo puede presentar una marcada ansiedad de anticipación, pero de forma característica no sufre crisis de angustia cuando está totalmente solo. Una persona con fobia social a las aglomeraciones tiene miedo de que los demás estén observándole, se halle o no acompañado por alguien, e incluso a veces siente menos ansiedad sin la observación añadida del acompañante.

Los niños que presentan un **trastorno de ansiedad por separación** pueden eludir las situaciones sociales por temor a ser separados de la persona que los cuida, por temor a hacer el ridículo teniendo que volver precipitadamente a su casa o por temor a requerir la presencia de sus

padres en situaciones donde esto está fuera de lugar. En estos casos el diagnóstico aislado de fobia social no está indicado. Los niños con un trastorno de ansiedad por separación suelen encontrarse cómodos en las reuniones sociales que tienen lugar en su propia casa, mientras que en los casos de fobia social los síntomas de ansiedad aparecen en cualquier situación social, tenga o no lugar en el propio hogar del afectado.

Aunque el miedo a pasar apuros o ser humillado puede estar presente en el **trastorno de ansiedad generalizada** o en la **fobia específica** (p. ej., inquietud por sufrir un desmayo al cortarse y contemplar la sangre), esto no suele constituir el motivo principal del miedo o la ansiedad. Los niños con trastornos de ansiedad generalizada se muestran excesivamente preocupados por su rendimiento, se sientan o no evaluados por parte de los demás; en cambio, en la fobia social la clave de la ansiedad radica en la posibilidad de ser observado.

En un **trastorno generalizado del desarrollo** y en el **trastorno esquizoide de la personalidad** existe evitación de situaciones sociales debido a una falta de interés por relacionarse con los demás. En cambio, los individuos con fobia social conservan la capacidad de interesarse por las relaciones sociales en el ámbito familiar. En concreto, para realizar el diagnóstico de fobia social en un niño, es necesario que éste haya establecido al menos una relación apropiada a su edad fuera del marco familiar inmediato (p. ej., se siente incómodo en las reuniones sociales con niños de su edad y las evita, pero muestra un notable interés y de hecho se relaciona con un chico de su misma edad).

El **trastorno de la personalidad por evitación** comparte una serie de características con la fobia social, pudiendo casi equipararse a la fobia social generalizada. Por lo tanto, en los individuos con una fobia social generalizada siempre debe considerarse el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación.

La ansiedad social y el comportamiento de evitación de estas situaciones constituyen **características asociadas a muchos otros trastornos mentales** (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, esquizofrenia, trastorno dismórfico corporal). Si este tipo de síntomas sólo aparece coincidiendo con otro trastorno mental y puede explicarse mejor por su presencia, no debe considerarse el diagnóstico adicional de fobia social.

Los individuos con fobia social pueden experimentar un empeoramiento de la ansiedad y comportamientos de evitación cuando presentan una enfermedad médica o un trastorno mental capaz de provocar síntomas potencialmente embarazosos (p. ej., temblores en la enfermedad de Parkinson, pautas de alimentación anormales en la anorexia nerviosa, obesidad, estrabismo o cicatrices faciales). Sin embargo, si la ansiedad y los comportamientos de evitación de situaciones sociales se limitan a la preocupación derivada de la enfermedad médica o el trastorno mental, no debe diagnosticarse fobia social. Si los comportamientos de evitación social producen un malestar clínico significativo, puede establecerse el diagnóstico de **trastorno de ansiedad no especificado**.

La **ansiedad que suscita actuar en público**, el **terror a los escenarios** y la **timidez** en reuniones sociales donde participan personas que no pertenecen al ámbito familiar no deben calificarse como fobia social a no ser que determinen un acusado deterioro de las actividades del individuo o a un malestar clínico significativo. En los niños es muy frecuente la ansiedad ante acontecimientos sociales, especialmente cuando se encuentran en ambientes fuera del marco familiar. Para establecer el diagnóstico de fobia social en un niño es necesario que la ansiedad social se ponga igualmente de manifiesto cuando se encuentra con chicos de su edad y que ésta se prolongue más de 6 meses.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren la presencia de síntomas de ansiedad de carácter vegetativo y exigen la presencia simultánea de por lo menos 2 síntomas

de ansiedad (de la lista de 14 síntomas de agorafobia) en al menos una ocasión, a la vez que debe aparecer como mínimo uno de los siguientes síntomas de ansiedad: ruborización o temblores, miedo a vomitar y necesidad urgente o temor a orinar o defecar. Además, estos síntomas de ansiedad deben «limitarse a, o predominar en, las situaciones temidas o la contemplación de tales situaciones».

■ Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social [300.23]

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. **Nota:** En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. **Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños puede faltar este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social [300.23]
(continuación)

- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo [300.3]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente (Criterio A) lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas (p. ej., el individuo dedica a estas actividades más de 1 hora al día) o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo (Criterio C). En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales (Criterio B). Si hay cualquier otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (Criterio D). Este trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica (Criterio E).

Las *obsesiones* se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. Esta cualidad intrusa e inapropiada que caracteriza las obsesiones se ha venido a denominar «egodistónica». Este concepto hace referencia a la sensación que tiene el individuo de que el contenido de la obsesión es ajeno fuera de su control y no encaja en el tipo de pensamientos que él esperaría tener. Sin embargo, el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera (como sucede en la inserción del pensamiento).

Las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación (p. ej., contraer una enfermedad al estrechar la mano de los demás), dudas repetitivas (p. ej., preguntarse a uno mismo si se ha realizado un acto en concreto, como haber atropellado a alguien con el coche o haber olvidado cerrar la puerta con llave), necesidad de disponer las cosas según un orden determinado (p. ej., intenso malestar ante objetos desordenados o asimétricos), impulsos de carácter agresivo u horroroso (p. ej., herir a un niño o gritar obscenidades en una iglesia) y fantasías sexuales (p. ej., una imagen pornográfica recurrente). Estos pensamientos, impulsos o imágenes no constituyen simples preocupaciones excesivas por problemas de la vida real (p. ej., inquietud o dificultades del momento, p. ej., económicas, laborales, o escolares); es más, rara vez se relacionan con hechos de la vida real.

El individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades (es decir, compulsiones).

Por ejemplo, un individuo plagado de dudas sobre si ha desconectado el horno, intenta neutralizarlas comprobando una y otra vez que efectivamente se encuentra apagado.

Las *compulsiones* se definen como comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos. Por ejemplo, los individuos que están obsesionados por la posibilidad de contraer una enfermedad pueden aliviar este malestar mental lavándose las manos hasta que se les arruga la piel; los individuos perturbados por la idea de haber olvidado cerrar una puerta con llave pueden sentirse impulsados a comprobar la cerradura cada 5 min; los individuos obsesionados por pensamientos blasfemos no deseados pueden verse aliviados contando del 1 al 10 y del 10 al 1 cien veces por cada uno de estos pensamientos. En algunos casos estos individuos realizan actos fijos o estereotipados acordes con reglas elaboradas de manera idiosincrásica sin ser capaces de indicar por qué los llevan a cabo. Por definición, las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir. Las compulsiones más frecuentes implican tareas de lavado o limpieza, comprobaciones, demandas o exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo y puesta en orden de objetos.

Por definición, los adultos que presentan un trastorno obsesivo-compulsivo reconocen en algún momento del curso del trastorno que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irracionales. Este requisito no se exige en el caso de los niños debido a que, por su edad, puede que no dispongan todavía de la suficiente capacidad cognoscitiva para llegar a conclusiones de este tipo. Sin embargo, incluso en los propios adultos puede observarse un amplio espectro en el nivel de comprensión relativo a la racionalidad de las obsesiones o compulsiones. Algunos individuos se muestran dubitativos sobre la racionalidad de sus obsesiones o compulsiones, y la propia comprensión de este tema puede variar según el momento y el lugar en un mismo sujeto. Por ejemplo, el individuo puede reconocer que su obsesión por la posibilidad de contraer una enfermedad es irracional cuando habla de ello en una «situación segura» (p. ej., en la consulta del terapeuta), pero no dice lo mismo cuando se le fuerza a coger unas monedas. Es en este momento en que el individuo reconoce la irracionalidad de sus obsesiones o compulsiones cuando puede sentirse dispuesto a resistirlas e incluso puede llegar a intentarlo. Al hacerlo, puede invadirle una sensación progresiva de ansiedad o tensión que suele aliviarse rindiéndose a los actos compulsivos. En el curso del trastorno, y después de repetidos fracasos al intentar resistir las obsesiones o compulsiones, el individuo puede claudicar ante ellas, no volver a desear combatir las nunca más e incorporar estas compulsiones a sus actividades diarias.

Las obsesiones o compulsiones producen un malestar clínicamente significativo, suponen una pérdida de tiempo notable (ocupan más de 1 hora al día) o interfieren acusadamente con la rutina diaria del individuo, su rendimiento laboral o sus actividades sociales o relacionales. Estas obsesiones o compulsiones pueden reemplazar comportamientos productivos y gratificantes y desestructurar enormemente la actividad global del individuo. Dado el potencial perturbador que las caracteriza, estas obsesiones suelen ocasionar una disminución del rendimiento personal en las actividades o tareas cognoscitivas que requieren concentración, como son la lectría o el cálculo mental. Además, muchos individuos acaban evitando objetos o situaciones que suelen provocar obsesiones o compulsiones. Este comportamiento de evitación puede generalizarse y limitar seriamente la actividad global del individuo.

Especificación

Con poca conciencia de enfermedad. Esta especificación puede emplearse cuando el individuo, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, no reconoce que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Con frecuencia existe evitación de situaciones que se relacionan con el contenido de las obsesiones, como son la suciedad o la posibilidad de contraer enfermedades. Por ejemplo, un individuo obsesionado por la suciedad puede evitar las salas de espera públicas o estrechar las manos de las personas extrañas. Las preocupaciones hipocondríacas son frecuentes, traduciéndose en visitas repetidas al médico para que éste descarte cualquier enfermedad. También puede haber sensación de culpa, sentimientos patológicos de responsabilidad y trastornos del sueño. Cabe observar asimismo un consumo excesivo de alcohol o fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La realización de los actos compulsivos puede convertirse en una de las principales actividades diarias del individuo, traduciéndose en problemas conyugales, laborales o sociales. Los comportamientos permanentes de evitación pueden conducir a un confinamiento total del individuo en su propio hogar.

El trastorno obsesivo-compulsivo puede asociarse a trastorno depresivo mayor, otros trastornos de ansiedad (fobia específica, fobia social, trastorno de angustia), trastornos alimentarios y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Existe una alta incidencia de trastorno obsesivo-compulsivo en el síndrome de la Tourette, con unas cifras que oscilan entre el 35 y el 50 %. Por el contrario, la incidencia de síndrome de la Tourette en individuos con trastorno obsesivo-compulsivo es menor, situándose los porcentajes entre el 5 y el 7 %. Un 20-30 % de los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo manifiestan la presencia actual o pasada de tics.

Hallazgos de laboratorio. No se han identificado hallazgos de laboratorio que permitan diagnosticar con seguridad un trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, se han observado alteraciones analíticas en grupos de individuos con trastorno obsesivo-compulsivo en comparación con grupos de control. Existen algunos trabajos que demuestran que la administración aguda de algunos agonistas de la serotonina aumenta los síntomas en algunos individuos que presentan el trastorno. A veces también se observa un aumento de la actividad vegetativa cuando el individuo se enfrenta, bajo control analítico, a situaciones que pueden desencadenar una obsesión. Esta reactividad fisiológica disminuye una vez puestos en práctica los actos compulsivos.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Pueden observarse problemas dermatológicos debidos a un uso excesivo de agua o detergentes cáusticos en los actos compulsivos de lavado o limpieza.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Los comportamientos rituales acordes con el marco cultural no constituyen por sí mismos un trastorno obsesivo-compulsivo, a no ser que excedan estas normas culturales, tengan lugar en momentos o lugares considerados inapropiados por el resto de la comunidad e interfieran marcadamente en las relaciones sociales del individuo. Acontecimientos vitales importantes o pérdidas de seres queridos pueden conducir a una intensificación de los actos rituales, adquiriendo éstos la forma de obsesión a los ojos de un especialista ajeno al contexto cultural en que tienen lugar.

Los trastornos obsesivo-compulsivos en los niños suelen presentarse de forma similar a los de los adultos. Los rituales de lavado, comprobación y puesta en orden de objetos son particularmente frecuentes en los niños. Éstos no suelen pedir ayuda, y los síntomas pueden o no ser de carácter egodistónico. La mayor parte de veces el problema es detectado por los padres, que llevan al niño a la consulta. También se han visto casos de empobrecimiento gradual del rendimiento escolar secundario a una afectación de la capacidad para concentrarse. Al igual que los adultos, los niños

son más propensos a realizar los actos rituales en su casa que cuando están con compañeros, profesores o personas desconocidas.

El trastorno muestra una incidencia similar en varones y mujeres.

Prevalencia

Aunque antes se creía que el trastorno obsesivo-compulsivo era relativamente raro en la población general, estudios recientes han estimado una prevalencia global del 2,5 % y una prevalencia anual que se sitúa entre el 1,5 y el 2,1 %.

Curso

Aunque el trastorno obsesivo-compulsivo se suele iniciar en la adolescencia o a principios de la edad adulta, también puede hacerlo en la infancia. La edad modal de inicio es menor en los varones que en las mujeres: entre los 6 y 15 años para los varones, y entre los 20 y 29 años para las mujeres. La mayor parte de las veces la aparición del trastorno es de carácter gradual, si bien se han observado casos de inicio agudo. La mayoría de los individuos presentan un curso crónico con altas y bajas, con exacerbaciones de los síntomas que podrían estar relacionadas con acontecimientos estresantes. Alrededor del 15 % muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales. Aproximadamente un 5 % sigue un curso de carácter episódico, con síntomas mínimos o ausentes en los periodos intercríticos.

Patrón familiar

La tasa de concordancia del trastorno obsesivo-compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que en los dicigotos. La incidencia de trastorno obsesivo-compulsivo en parientes de primer grado de individuos con síndrome de la Tourette es superior a la observada en la población general.

Diagnóstico diferencial

El trastorno obsesivo-compulsivo debe diferenciarse del **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica**. Debe diagnosticarse esta última cuando las obsesiones o compulsiones se consideran una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad subyacente (v. pág. 448), lo cual se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física. El **trastorno de ansiedad relacionado con sustancias** se diferencia del trastorno obsesivo-compulsivo porque las obsesiones o compulsiones se consideran etiológicamente relacionadas con esta sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos).

Los pensamientos, impulsos, imágenes o comportamientos recurrentes o intrusos pueden aparecer en el contexto de muchos otros trastornos mentales. El diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo no debe efectuarse si el contenido de las ideas o rituales se relaciona exclusivamente con otro trastorno mental (p. ej., preocupación por la propia apariencia en el **trastorno dismórfico corporal**, inquietud por un objeto o situación temidos en la **fobia específica** o **social**, estiramiento del cabello en la **tricotilomanía**). El diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo puede seguir estando indicado si el contenido de las obsesiones o compulsiones no mantiene relación alguna con el trastorno mental concomitante.

En el **episodio depresivo mayor** la constante cavilación sobre acontecimientos potencialmente desagradables o sobre posibles acciones alternativas es una característica frecuente y se considera un aspecto de la depresión congruente con el estado de ánimo más que un síntoma de trastorno obsesivo-compulsivo. Por ejemplo, un individuo deprimido que dedica todo el tiempo a pensar en lo inútil e insignificante que resulta su existencia no debe considerarse que tiene obsesiones, ya que estas ideas no revisten carácter egodistónico.

El **trastorno de ansiedad generalizada** se caracteriza por preocupaciones excesivas, que se diferencian de las obsesiones por el hecho de que el individuo las experimenta como una inquietud excesiva referente a circunstancias de la vida real. Por ejemplo, una inquietud excesiva por la posibilidad de perder el empleo es una preocupación, no una obsesión. En cambio, el contenido de las obsesiones no suele versar sobre problemas de la vida real, y el individuo las considera inapropiadas (p. ej., la idea perturbadora e intrusa de que «*God*» (en inglés «Dios»), es igual a «*dog*» (en inglés «perro») deletreado al revés).

Si estas ideas perturbadoras de carácter recurrente se relacionan exclusivamente con el miedo a padecer o estar padeciendo una enfermedad importante y este miedo deriva de la incorrecta interpretación de síntomas físicos, en vez de un trastorno obsesivo-compulsivo debe diagnosticarse una **hipocondría**. Sin embargo, si la preocupación por tener una enfermedad se acompaña de rituales como lavados o comprobaciones excesivas por el miedo a empeorar o bien a contagiar dicha enfermedad a los demás, puede estar indicado el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo. Si existe una preocupación prominente por contraer la enfermedad (más que por padecerla) y no hay comportamiento ritual alguno, el diagnóstico más apropiado es **fobia específica** a la enfermedad.

La capacidad de estos individuos para reconocer que las obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales se manifiesta a lo largo de un *continuum*. En ocasiones en el trastorno obsesivo-compulsivo el sentido de la realidad puede haberse perdido y la obsesión adquiere a veces dimensiones delirantes (p. ej., la creencia de que uno es el responsable de la muerte de otro individuo por el simple hecho de haberla deseado en algún momento). En estos casos la presencia de síntomas psicóticos puede hacerse constar mediante el diagnóstico adicional de **trastorno delirante** o **trastorno psicótico no especificado**. La especificación con poca conciencia de enfermedad puede ser útil en las situaciones que se encuentran a medio camino entre la obsesión y el delirio (p. ej., un individuo cuya preocupación por contraer una enfermedad, aunque exagerada, es menos intensa que en el trastorno delirante y se justifica por la ubicuidad innegable de los gérmenes).

Las ideas delirantes de carácter recurrente y los comportamientos estereotipados extraños que se observan en la **esquizofrenia** se diferencian de las obsesiones y compulsiones por el hecho de no revestir carácter egodistónico y no ser congruentes con la realidad. No obstante, algunos individuos presentan síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo y esquizofrenia a la vez, lo que justifica el diagnóstico simultáneo de ambos trastornos.

Los tics (en el **trastorno de tics**) y los movimientos estereotipados (en el **trastorno de movimientos estereotipados**) deben diferenciarse de las obsesiones. El *tic* se define como un movimiento o una vocalización bruscos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados (p. ej., parpadeo, protrusión lingual, aclaramiento de la garganta). Un *movimiento estereotipado* se define como un comportamiento motor repetitivo, no funcional y aparentemente impulsivo (p. ej., darse golpes en la cabeza, tambalearse, morderse a uno mismo). A diferencia de los actos compulsivos, los tics y los movimientos estereotipados son típicamente menos complejos y no tienen como objetivo neutralizar una obsesión. Algunos individuos presentan síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de tics a la vez, lo que puede justificar el diagnóstico simultáneo de ambos trastornos.

Algunas actividades como comer (p. ej., **trastornos alimentarios**), el comportamiento sexual (p. ej., **parafilias**), el juego (p. ej., **juego patológico**) o el consumo de sustancias (p. ej., **depen-**

dencia o abuso de alcohol), han recibido la calificación de «compulsivas» cuando se llevan a cabo de forma excesiva. Sin embargo, y según la definición recogida en este manual, no pueden considerarse compulsiones toda vez que la persona suele obtener placer a través de dichas actividades y muchos desean abandonarlas debido a sus consecuencias perjudiciales.

Aunque el **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** y el trastorno obsesivo-compulsivo comparten semejanzas nominales, las manifestaciones clínicas de estos trastornos son bastante diferentes. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad no se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones; el individuo, ya al principio de la edad adulta, está permanentemente preocupado por el orden, el perfeccionismo y el control. Si el individuo presenta síntomas de ambos trastornos, puede estar indicado el diagnóstico simultáneo de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y trastorno obsesivo-compulsivo.

Las **supersticiones** y los **comportamientos repetidos de comprobación** son frecuentes en la vida cotidiana. En estos casos sólo debe considerarse el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo si aquéllos suponen una pérdida diaria de tiempo significativa o dan lugar a un acusado deterioro de la actividad global del individuo o a un malestar clínicamente significativo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el trastorno obsesivo-compulsivo distinguen obsesiones de compulsiones en función de si se trata de pensamientos, ideas o imágenes (obsesiones) o actos (compulsiones). En cambio, el DSM-IV establece esta diferencia dependiendo de si el pensamiento, idea o imagen produce ansiedad o malestar, o si previene o reduce dichos síntomas. Por lo tanto, según el DSM-IV, pueden existir compulsiones de tipo cognoscitivo, que serían consideradas obsesiones según la CIE-10. Además, los criterios diagnósticos de la CIE especifican una duración mínima de los síntomas de por lo menos 2 semanas.

■ Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo [300.3]

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

- (1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
- (2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
- (3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
- (4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo [300.3] (continuación)

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

- (1) comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
 - (2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos
- B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. **Nota:** Este punto no es aplicable en los niños.
- C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
- D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).
- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales

F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático.

co, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves (Criterio A1). La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado) (Criterio A2). El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático (Criterio B), de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo (Criterio C), y de síntomas persistentes de activación (*arousal*) (Criterio D). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes (Criterio E) y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F).

Entre los acontecimientos traumáticos que pueden originar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos (agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades) ser secuestrado, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, o diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales. En los niños, entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual pueden incluirse las experiencias sexuales inapropiadas para la edad aun en ausencia de violencia o daño reales. Entre los acontecimientos traumáticos que pueden provocar un trastorno por estrés postraumático se incluyen (aunque no de forma exclusiva) la observación de accidentes graves o muerte no natural de otras personas a causa de la guerra, accidentes, ataques violentos, desastres o ser testigo inesperado de muertes, amputaciones o fragmentación de cuerpo. Los acontecimientos traumáticos experimentados por los demás y que al ser transmitidos al individuo pueden producir en él un trastorno por estrés postraumático comprenden (aunque no de forma exclusiva) actos terroristas, accidentes graves o heridas de envergadura vividos por un familiar o un amigo cercano, o la constancia de que el propio hijo padece una enfermedad muy grave. El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (p. ej., torturas, violaciones). La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante.

El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras. Normalmente, el individuo tiene recuerdos recurrentes e intrusos (Criterio B1) o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder (Criterio B2). En algunos casos, por otra parte muy poco frecuentes, el individuo experimenta estados disociativos que pueden durar de pocos segundos a varias horas, o incluso días, durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él (Criterio B3). Cuando el individuo se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático (p. ej., aniversarios del suceso, clima frío y nevado o guardias uniformados en los supervivientes de los campos de la muerte; clima cálido y húmedo en veteranos de la guerra del Sur del Pacífico; entrar en cualquier ascensor en una mujer que fue violada en uno de ellos), suele experimentar un malestar psicológico intenso (Criterio B4) o respuestas de tipo fisiológico (Criterio B5).

Los estímulos asociados al acontecimiento traumático acaban siendo persistentemente evitados. El individuo suele hacer esfuerzos deliberados para evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso (Criterio C1) y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él (Criterios C2). En este comportamiento de evitación puede incluirse la amnesia total de un aspecto puntual del acontecimiento (Criterio C3). La disminución de la reactividad al mundo exterior, denominada «embotamiento psíquico» o

«anestesia amocional», suele aparecer poco después de que tenga lugar el acontecimiento traumático. El individuo puede manifestar una acusada disminución del interés o participación en actividades que antes le resultaban gratificantes (Criterio C4), una sensación de alejamiento o enajenación de los demás (Criterio C5) o una acusada disminución de la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad) (Criterio C6). El individuo puede describir una sensación de futuro desolador (p. ej., no creer en la posibilidad de obtener un trabajo, casarse, formar una familia o, en definitiva, de llevar a cabo una vida normal) (Criterio C7).

El sujeto con este trastorno padece constantemente síntomas de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) que no existían antes del trauma. Entre estos síntomas cabe citar la dificultad para conciliar o mantener el sueño, que puede deberse a pesadillas recurrentes donde se revive el acontecimiento traumático (Criterio D1), hipervigilancia (Criterio D4) y respuestas exageradas de sobresalto (Criterio D5). Algunos individuos manifiestan irritabilidad o ataques de ira (Criterio D2) o dificultades para concentrarse o ejecutar tareas (Criterio D3).

Especificación

Las siguientes especificaciones pueden utilizarse para concretar el inicio y la duración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático:

Agudo. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.

Crónico. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.

De inicio demorado. Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los individuos con trastorno por estrés postraumático pueden sentirse amargamente culpables por el hecho de haber sobrevivido cuando otros perdieron la vida. En otras ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida del empleo. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (p. ej., abusos sexuales o físicos en niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de perjuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad; retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas.

En este trastorno puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno de somatización y trastorno relacionado con sustancias. También queda por aclarar hasta qué punto estos trastornos preceden o siguen al inicio del trastorno por estrés postraumático.

Hallazgos de laboratorio. El aumento de la activación (*arousal*) puede ser cuantificado mediante estudios de actividad vegetativa (p. ej., frecuencia cardíaca, electromiografía, secreción de las glándulas sudoríparas).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. A consecuencia del acontecimiento traumático pueden aparecer enfermedades médicas (p. ej., traumatismos craneoencefálicos, quemaduras).

Síntomas dependientes de la cultura y la edad

Las personas que han emigrado recientemente de áreas con disturbios sociales y conflictos civiles importantes pueden presentar una mayor incidencia de trastorno por estrés postraumático. Estos individuos pueden mostrarse especialmente reacios a divulgar sus experiencias relativas a torturas y traumatismos debido a la vulnerabilidad de su *status* político como inmigrantes. Para diagnosticar y tratar correctamente a estos individuos suele requerirse una valoración específica de sus experiencias traumáticas.

En los niños mayores las pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento traumático pueden convertirse, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas, donde pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares o amenazas sobre ellos mismos o sobre los demás. Los niños no suelen tener la sensación de revivir el pasado; de hecho, la reexperimentación del trauma puede reflejarse en juegos de carácter repetitivo (p. ej., un niño que se vio implicado en un grave accidente de tráfico lo recrea en sus juegos haciendo chocar sus coches de juguete). Puesto que para un niño puede ser difícil expresar la disminución del interés por las actividades importantes y el embotamiento de sus sentimientos y afectos, estos síntomas deben ser objeto de una cuidadosa valoración mediante el testimonio de los padres, profesores y otros observadores. En los niños la sensación de un futuro desolador puede traducirse en la creencia de que su vida no durará tanto como para llegar a adulto. También puede producirse la «elaboración de profecías», es decir, la creencia en una especial capacidad para pronosticar futuros acontecimientos desagradables. Los niños pueden presentar varios síntomas físicos como dolores de estómago y de cabeza.

Prevalencia

Los estudios basados en la comunidad revelan que la prevalencia global del trastorno por estrés postraumático oscila entre el 1 y el 14 %, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En estudios sobre individuos de riesgo (p. ej., veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas) pueden encontrarse cifras de prevalencia que van del 3 al 58 %.

Curso

El trastorno por estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, incluso durante la infancia. Los síntomas suelen aparecer en los primeros 3 meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses, o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto. Con frecuencia, la alteración reúne inicialmente los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo (v. pág. 440). Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la reexperimentación, comportamiento de evitación, y síntomas de activación (*arousal*) pueden variar ampliamente a lo largo del tiempo. La duración de los síntomas muestra considerables variaciones; la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros 3 meses; en otras ocasiones todavía pueden persistir algunos síntomas más allá de los 12 meses posteriores al acontecimiento traumático.

La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno. Exis-

ten algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés postraumático. Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático.

Diagnóstico diferencial

En el trastorno por estrés postraumático el factor estresante debe revestir suma gravedad (p. ej., un peligro para la vida). En cambio, en el **trastorno adaptativo** el factor estresante puede tener cualquier intensidad. El diagnóstico de trastorno adaptativo es apropiado tanto cuando las respuestas a un desencadenante extremo no reúnen los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático (o cualquier otro trastorno mental específico) como cuando el cuadro sintomático típico de trastorno por estrés postraumático aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente importantes (p. ej., abandono del cónyuge, pérdida del puesto de trabajo).

No todos los síntomas psicopatológicos que aparecen en individuos expuestos a un factor estresante de carácter extremo deben atribuirse necesariamente a un trastorno por estrés postraumático. Los **síntomas de evitación, embotamiento emocional y aumento de la activación (arousal) previos al acontecimiento traumático** no reúnen los criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático y deben ser diagnosticados como secundarios a otros trastornos (p. ej., un trastorno del estado de ánimo u otros trastornos de ansiedad). Es más, si el cuadro sintomático, pese a aparecer como respuesta a un factor estresante de carácter extremo, reúne los criterios de **otro trastorno mental** (p. ej., trastorno psicótico breve, trastorno de conversión, trastorno depresivo mayor), en vez de un trastorno por estrés postraumático, o además de él, debe diagnosticarse el otro trastorno mental.

El **trastorno por estrés agudo** se diferencia del trastorno por estrés postraumático porque el cuadro sintomático del primero debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático. Si los síntomas persisten más de 1 mes y reúnen los criterios de trastorno por estrés postraumático, debe cambiarse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo por el de trastorno por estrés postraumático.

En el **trastorno obsesivo-compulsivo** hay pensamientos intrusos de carácter recurrente, si bien el individuo los reconoce como inapropiados y no se relacionan con la experiencia de un acontecimiento traumático. Los *flashbacks* típicos del trastorno por estrés postraumático deben distinguirse de las ilusiones, alucinaciones y otras alteraciones perceptivas que pueden aparecer en la **esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, delirium, trastornos relacionados con sustancias y trastorno psicóticos debidos a enfermedad médica**.

Cuando están por medio compensaciones económicas, selecciones o determinaciones forenses, debe descartarse siempre la **simulación**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el trastorno por estrés postraumático proponen un criterio distinto para valorar el carácter estresante de una situación o acontecimiento determinados: éstos deben tener una «naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica, susceptible de provocar un malestar permanente en prácticamente cualquier individuo». El diagnóstico de la CIE-10 difiere del propuesto en el DSM-IV, ya que el Criterio D de este último (es decir, síntomas por aumento de la activación) no se considera indispensable, pudiendo ser

sustituido por la incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma. A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas.

■ Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 - (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
- (1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
 - (2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irrecognocible
 - (3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
 - (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
 - (5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
 - (2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81] (continuación)

- (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- (4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- (6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
- (7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) irritabilidad o ataques de ira
- (3) dificultades para concentrarse
- (4) hipervigilancia
- (5) respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

F43.0 Trastorno por estrés agudo [308.3]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno por estrés agudo es la aparición de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo (Criterio A). Para más detalles sobre los tipos de acontecimientos estresantes, véase la descripción del trastorno por estrés postraumático (pág. 434). En el mismo momento del trastorno o con posterioridad a él, el individuo presenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad que le rodea; desrealización; despersonalización, y amnesia disociativa (Criterio B). Des-

pués del acontecimiento traumático, éste es revivido de forma recurrente (Criterio C); el individuo presenta un acusado comportamiento de evitación de aquellos estímulos que pueden hacer aflorar recuerdos del trauma (Criterio D) y presenta síntomas significativos de ansiedad o aumento de activación (*arousal*) (Criterio E). Los síntomas provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente la actividad del individuo, o afectan notablemente a su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables (Criterio F). Estas alteraciones duran por lo menos 2 días y no se prolongan más allá de las 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático (Criterio G). El cuadro no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno mental preexistente (Criterio H).

Como respuesta al acontecimiento traumático el individuo presenta síntomas disociativos. Los sujetos con trastorno por estrés agudo muestran una disminución de la reactividad emocional, lo cual suele traducirse en una dificultad o imposibilidad para encontrar placer en actividades que antes resultaban gratificantes y con frecuencia en un sentimiento de culpabilidad. A veces el individuo tiene dificultades para concentrarse, tiene la sensación de estar separado de su cuerpo, experimenta el mundo como irreal o fantástico o nota una progresiva incapacidad para recordar detalles específicos del acontecimiento traumático (amnesia disociativa). Además, debe haber por lo menos un síntoma de cada grupo de síntomas requeridos para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. Al principio, el acontecimiento traumático es revivido repetidamente (p. ej., recuerdos, imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback*, sensación de estar reviviendo el suceso o aparición de malestar al exponerse a estímulos que recuerdan el trauma). Después, estos estímulos (p. ej., lugares, personas, actividades) propician comportamientos de evitación. Por último, aparece un aumento de la activación (*arousal*) (p. ej., dificultad para dormir, irritabilidad, falta de concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora) como respuesta a estos estímulos.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. En el trastorno por estrés agudo pueden aparecer síntomas de desesperación y desesperanza, que en ocasiones son lo suficientemente intensos y persistentes como para cumplir los criterios del trastorno depresivo mayor, en cuyo caso es pertinente registrar éste como diagnóstico adicional. Si el acontecimiento traumático produjo la muerte o heridas graves a otras personas, el individuo puede sentirse culpable por haber salido ileso o no haber prestado la suficiente ayuda a los demás. Los individuos con este trastorno suelen verse a sí mismos como los grandes responsables de las consecuencias de lo acaecido. Poco después del trauma, y debido a la negligencia que muestra el individuo por temas tan básicos como la salud o la propia seguridad, pueden surgir múltiples problemas. Los individuos con este trastorno presentan un mayor riesgo de desarrollar un trastorno por estrés postraumático. Asimismo, después del trauma puede haber comportamientos de riesgo o de carácter impulsivo.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. A consecuencia del acontecimiento traumático pueden existir enfermedades médicas (p. ej., traumatismos craneoencefálicos, quemaduras).

Síntomas dependientes de la cultura

Aunque algunos acontecimientos suelen ser vividos traumáticamente por la mayoría de personas, la intensidad y el tipo de las respuestas pueden estar modulados por las diferencias culturales

en el valor que se da a las pérdidas humanas. También pueden existir estrategias de adaptación características de culturas específicas. Por ejemplo, los síntomas disociativos pueden presidir las respuestas agudas de estrés en aquellas culturas en que este tipo de comportamientos está sancionado. Para más detalles sobre los factores culturales relacionados con los acontecimientos traumáticos, véase la página 437.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno por estrés agudo en la población expuesta a acontecimientos traumáticos de carácter extremo depende de la intensidad y persistencia del trauma y del grado de exposición a éste.

Curso

Los síntomas del trastorno por estrés agudo se experimentan durante o inmediatamente después del trauma, duran como mínimo 2 días y, o bien se resuelven en las 4 primeras semanas después del acontecimiento traumático, o bien el diagnóstico debe ser sustituido. Cuando los síntomas persisten más de 1 mes, puede estar indicado el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático si se cumple la totalidad de sus criterios diagnósticos. La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático son los factores más importantes en relación con la posibilidad de presentar un trastorno por estrés agudo. Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés agudo. Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento resulta muy traumático.

Diagnóstico diferencial

Algunos de los síntomas que aparecen después de un acontecimiento traumático de gran intensidad son comprensibles y razonables, de modo que no deben considerarse un trastorno por estrés agudo. Este diagnóstico sólo debe establecerse si los síntomas duran al menos 2 días y provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente con la actividad del individuo o afectan de modo notable su capacidad para realizar tareas indispensables (p. ej., obtener la asistencia necesaria o movilizar recursos humanos informando a la familia de lo que ha sucedido).

El trastorno por estrés agudo debe diferenciarse del **trastorno mental debido a enfermedad médica** (p. ej., traumatismo craneoencefálico) (v. pág. 171) y del **trastorno relacionado con sustancias** (p. ej., en la intoxicación por alcohol) (v. pág. 198), que también constituyen frecuentes consecuencias de la exposición a agentes estresantes de carácter extremo. En algunos individuos aparecen síntomas psicóticos después de acontecimientos de este tipo. En tales casos el diagnóstico apropiado es **trastorno psicótico breve** en vez de trastorno por estrés agudo. Si después del trauma aparece un **episodio depresivo mayor**, debe considerarse el diagnóstico adicional de trastorno depresivo mayor además del de trastorno por estrés agudo. No debe establecerse el diagnóstico aislado de trastorno por estrés agudo si los síntomas reflejan una **exacerbación de un trastorno mental preexistente**.

Por definición, sólo debe establecerse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo si los síntomas aparecen durante el primer mes que sigue al acontecimiento traumático, reservando el término **trastorno por estrés postraumático** para los síntomas que se prolongan más de 4 semanas.

En los individuos diagnosticados de trastorno por estrés agudo que al cabo del primer mes siguen presentando el cuadro sintomático, debe considerarse el diagnóstico de trastorno por estrés post-traumático. En los individuos que experimentan un acontecimiento extremadamente traumático, pero presentan un cuadro sintomático que no reúne los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo, debe considerarse el diagnóstico de **trastorno adaptativo**.

Cuando están por medio compensaciones económicas, selecciones o determinaciones forenses, debe descartarse siempre la **simulación**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la reacción de estrés aguda difieren de los del DSM-IV en diversos aspectos: 1) se incluyen los síntomas primarios de ansiedad; 2) los síntomas deben aparecer en la primera hora de haber tenido lugar el acontecimiento o situación estresante, y 3) los síntomas deben empezar a remitir no más allá de las 8 horas para acontecimientos estresantes transitorios o de las 48 horas para los más prolongados. A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no exigen la presencia de síntomas disociativos o de reexperimentación persistente del acontecimiento estresante.

■ Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo [308.3]

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
 - (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 - (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

- B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
 - (1) sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
 - (2) reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
 - (3) desrealización
 - (4) despersonalización
 - (5) amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo [308.3] (continuación)

- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

**F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]
(incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil)**

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones (Criterio A). El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación (Criterio B). La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales) (Criterio C). Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos del Eje I, como el temor a sufrir una crisis de angustia (trastorno de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a estar alejado de casa o de las personas queridas (trastorno por ansiedad de separación), a engordar (anorexia nerviosa), a tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o a padecer una grave enfermedad (hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático (Criterio D). Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro so-

cial, laboral o de otras áreas importantes de actividad (Criterio E). Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (Criterio F).

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquéllas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (p. ej., las faenas domésticas, la reparación del automóvil o el llegar tarde a las reuniones). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Durante el curso del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros.

Síntomas y trastornos asociados

A la tensión muscular que presentan estos individuos pueden añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora, y dolores o entumecimientos musculares. Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada también pueden presentar síntomas somáticos (p. ej., manos frías y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarreas, polaquiuria, problemas para tragar o quejas de tener «algo en la garganta») y respuestas de sobresalto exageradas. Los síntomas depresivos también son frecuentes.

El trastorno de ansiedad generalizada suele coexistir con trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor o trastorno distímico), con otros trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de angustia, fobia social, fobia específica) y con trastornos relacionados con sustancias (p. ej., dependencia o abuso de alcohol o sedantes, hipnóticos o ansiolíticos). Otros trastornos normalmente asociados al estrés (p. ej., síndrome del colon irritable, dolores de cabeza) acompañan con bastante frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Existen considerables variaciones culturales en cuanto a la expresión de la ansiedad (p. ej., en algunas culturas la ansiedad se expresa a través de síntomas predominantemente somáticos, y en otras a través de síntomas cognoscitivos). Es importante tener en cuenta el contexto cultural a la hora de evaluar el carácter excesivo de algunas preocupaciones.

En los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y las preocupaciones suelen hacer referencia al rendimiento o la competencia en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando estos individuos no son evaluados por los demás. A veces la puntualidad es el tema que centra las preocupaciones excesivas. Otras veces son los fenómenos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear. Los niños que presentan el trastorno pueden mostrarse abiertamente conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por una excesiva insatisfacción a la vista de que los resultados no llegan a la perfección. Al perseguir la aprobación de los demás pueden mostrar un recelo característico; necesitan asegurarse de forma excesiva de la calidad de su rendimiento o de otros aspectos que motivan su preocupación.

El trastorno es ligeramente más frecuente en mujeres que en varones cuando se estudian muestras de centros asistenciales (aproximadamente el 55-60 % de los diagnósticos se efectúan en mu-

jeros). En estudios epidemiológicos de población general la relación de sexos es de dos tercios a favor de las mujeres.

Prevalencia

En muestras de población general la prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada se sitúa en el 3 % aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5 %. En los centros médicos para trastornos de ansiedad aproximadamente el 12 % de los individuos presenta un trastorno de ansiedad generalizada.

Curso

Muchos individuos con trastorno de ansiedad generalizada se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que el trastorno de ansiedad generalizada empezó en la segunda infancia o la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con períodos de estrés.

Patrón familiar

La ansiedad como rasgo muestra una evidente incidencia familiar. Se han descrito hallazgos todavía inconsistentes que muestran un patrón familiar para el trastorno de ansiedad generalizada, aunque la mayoría de ellos no han sido capaces de demostrar un patrón concreto de agregación familiar.

Diagnóstico diferencial

El trastorno de ansiedad generalizada debe diferenciarse del **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica**, en el que los síntomas se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente (p. ej., feocromocitoma, hipertiroidismo) (v. pág. 448). Este diagnóstico diferencial debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. El **trastorno de ansiedad inducido por sustancias** se diferencia del trastorno de ansiedad generalizada por el hecho de que la sustancia (p. ej., drogas, fármacos y tóxicos) se considera etiológicamente relacionada con los síntomas de ansiedad (v. pág. 451). Por ejemplo, la ansiedad de carácter intenso que sólo aparece coincidiendo con grandes ingestas de productos que contienen cafeína debe diagnosticarse de trastorno de ansiedad inducido por la cafeína, con ansiedad generalizada.

Si hay otro trastorno del Eje I, el diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad generalizada sólo debe considerarse cuando el origen de la ansiedad y de la preocupación no está relacionado con el trastorno subyacente, es decir, la inquietud excesiva del individuo no se relaciona con la posibilidad de sufrir una crisis de angustia (como en el **trastorno de angustia**), pasarlo mal en público (como en la **fobia social**), contraer una enfermedad (como en el **trastorno obsesivo-compulsivo**), engordar (como en la **anorexia nerviosa**), padecer una grave enfermedad (como en la **hipocondría**) o la preocupación por el bienestar de las personas queridas o por el hecho de estar alejado de ellas o de casa (como en el **trastorno de ansiedad por separación**). Por ejemplo, la ansiedad en la fobia social se centra en futuras situaciones sociales en las que el individuo debe

actuar en público o ser evaluado por los demás, mientras que las personas con trastorno de ansiedad generalizada experimentan ansiedad sean o no objeto de evaluación.

Varias características distinguen las preocupaciones excesivas del trastorno de ansiedad generalizada de las **ideas obsesivas** del trastorno obsesivo-compulsivo. Los pensamientos de carácter obsesivo no constituyen meras preocupaciones por problemas diarios de la vida real, sino más bien intrusismos egodistónicos que suelen tomar la forma de urgencias, imágenes e impulsos añadidos a estos pensamientos. Finalmente, la mayoría de las obsesiones se acompañan de actos compulsivos cuyo propósito es reducir la ansiedad que generan dichas obsesiones.

La ansiedad se encuentra invariablemente presente en el **trastorno por estrés postraumático**. No debe diagnosticarse un trastorno de ansiedad generalizada si esta ansiedad sólo se pone de manifiesto en el curso de un trastorno por estrés postraumático. También puede aparecer ansiedad en el **trastorno adaptativo**, si bien esta categoría es de carácter residual y sólo debe utilizarse cuando no se cumplen los criterios diagnósticos de cualquier otro trastorno de ansiedad (incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada). Es más, en el trastorno adaptativo la ansiedad aparece como respuesta a estresantes vitales y no se prolonga más de 6 meses después de la desaparición de la situación estresante o de sus consecuencias. La ansiedad generalizada es una característica frecuente de los **trastornos del estado de ánimo** y de los **trastornos psicóticos**, y no debe diagnosticarse de forma independiente si sólo aparece coincidiendo con alguno de estos trastornos.

Varios aspectos distinguen el trastorno de ansiedad generalizada de la **ansiedad no patológica**. En primer lugar, las preocupaciones del trastorno de ansiedad generalizada son difíciles de controlar e interfieren típica y significativamente en la actividad general del individuo, mientras que las preocupaciones normales de la vida diaria son más controlables e incluso pueden dejarse para otro momento. En segundo lugar, las preocupaciones del trastorno de ansiedad generalizada son más permanentes, intensas, perturbadoras y duraderas, apareciendo a menudo en ausencia de factores desencadenantes. Cuantas más preocupaciones tenga el individuo (económicas, salud de los hijos, rendimiento laboral, reparación del automóvil), más probable es el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Por último, las preocupaciones normales de la vida diaria no suelen acompañarse de síntomas físicos (p. ej., fatiga excesiva, inquietud motora, impaciencia, irritabilidad), aunque esto es menos cierto en los niños.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el trastorno de ansiedad generalizada exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 síntomas que contiene el DSM-IV).

■ Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02] (continuación)

- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). **Nota:** En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
- (1) inquietud o impaciencia
 - (2) fatigabilidad fácil
 - (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - (4) irritabilidad
 - (5) tensión muscular
 - (6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipcondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica [293.89]

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la existencia de ansiedad clínicamente significativa que se considera secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones (Criterio A). Para efectuar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica debe existir una historia clínica, una exploración física y unos hallazgos de laboratorio que confirmen que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica

(Criterio B). La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental como el trastorno adaptativo con ansiedad, en el que el agente estresante está constituido por la propia enfermedad médica (Criterio C). No debe efectuarse este diagnóstico si los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio D). Los síntomas de ansiedad provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E).

Para determinar si los síntomas de ansiedad se deben a una enfermedad médica, el clínico ha de establecer, en primer lugar, la presencia de esta enfermedad. Debe determinar asimismo el mecanismo fisiológico por el cual esa enfermedad médica puede ser considerada responsable de los síntomas de ansiedad. Para ello es fundamental realizar una extensa y cuidadosa valoración de múltiples factores. Aunque no existen procedimientos infalibles para determinar con seguridad la relación entre el proceso y el cuadro sintomático, pueden ser de utilidad algunas consideraciones. La primera hace referencia a la asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y los síntomas de ansiedad. Otra consideración es la presencia de rasgos atípicos de un trastorno de ansiedad primario (p. ej., edad de inicio o curso atípicos, ausencia de historia familiar). A veces es útil la búsqueda de pruebas documentales en la literatura que sugieran una relación directa entre la enfermedad médica en cuestión y la aparición de síntomas de ansiedad. Además, el clínico también debe establecer que esta alteración no puede explicarse mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad primario, un trastorno de ansiedad inducido por sustancias u otros trastornos mentales primarios (p. ej., trastorno adaptativo). Estas determinaciones se exponen con mayor detalle en la sección «Trastornos mentales debidos a enfermedad médica» (pág. 171).

Especificaciones

Pueden emplearse las siguientes especificaciones para indicar qué tipo de cuadro sintomático predomina en el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica:

Con ansiedad generalizada. Esta especificación puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia. Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las crisis de angustia (v. pág. 402).

Con síntomas obsesivo-compulsivos. Esta especificación puede utilizarse cuando predominan obsesiones o compulsiones.

Procedimiento de tipificación

Al registrar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, el clínico debe anotar en primer lugar la presencia del trastorno de ansiedad, después la enfermedad médica que se considera responsable de la alteración y, finalmente, la especificación apropiada para indicar el cuadro sintomático predominante en el Eje I (p. ej., F06.4 Trastorno de ansiedad debido a tirotoxicosis, con ansiedad generalizada [293.09]). En el Eje III también debe anotarse el código diagnóstico de la enfermedad médica (p. ej., E05.9 Tirotoxicosis [242.9]).

Enfermedades médicas asociadas

Una amplia gama de enfermedades médicas puede producir síntomas de ansiedad, por ejemplo, enfermedades endocrinas (p. ej., hiper e hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglucemia, hi-

peradrenocorticismo), enfermedades cardiovasculares (p. ej., insuficiencia cardíaca congestiva, embolismo pulmonar, arritmias), enfermedades respiratorias (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, hiperventilación), enfermedades metabólicas (p. ej., déficit de vitamina B₁₂, porfirias) y enfermedades neurológicas (p. ej., neoplasias, trastornos vestibulares, encefalitis). Los hallazgos de la exploración física y de laboratorio, y los patrones de prevalencia o inicio de este trastorno corresponden a los de la enfermedad médica responsable del cuadro.

Diagnóstico diferencial

Cuando los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente en el transcurso de un **delirium**, no debe realizarse el diagnóstico independiente de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Si en el cuadro clínico aparece una constelación de diferentes síntomas (p. ej., alteraciones del estado de ánimo y síntomas de ansiedad), la especificación del tipo concreto de trastorno mental debido a enfermedad médica dependerá de qué grupo de síntomas predomine en el cuadro clínico general.

Si hay confirmación de un consumo reciente y prolongado de determinada sustancia (incluyendo fármacos con efectos psicoactivos), del abandono de cualquier otra sustancia o de la exposición a agentes tóxicos, debe considerarse el diagnóstico de **trastorno de ansiedad relacionado con sustancias**. En ocasiones es útil la práctica de un *screening* de fármacos en orina o en sangre u otras exploraciones analíticas apropiadas. Los síntomas que aparecen durante o poco después (p. ej., en las 4 semanas posteriores) de una intoxicación, un síndrome de abstinencia o un tratamiento farmacológico indican con bastante seguridad la existencia de un trastorno de ansiedad relacionado con sustancias, dependiendo del tipo, la duración y la cantidad de sustancia consumida. Si el clínico ha comprobado que la alteración es debida tanto a la enfermedad médica como al consumo de una sustancia, deben efectuarse ambos diagnósticos a la vez (es decir, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias).

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica debe distinguirse de los **trastornos de ansiedad primarios** (sobre todo del trastorno de angustia, del trastorno de ansiedad generalizada y del trastorno obsesivo-compulsivo) y del **trastorno adaptativo con ansiedad o mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo** (p. ej., una mala respuesta adaptativa al estrés suscitado por el padecimiento de una enfermedad médica). En los trastornos mentales primarios no es posible demostrar mecanismos fisiológicos relacionados directa y específicamente con una enfermedad médica. Una edad de inicio tardía y la ausencia de historia personal o familiar de trastornos de ansiedad sugieren la necesidad de realizar una valoración cuidadosa con el fin de descartar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Además, los síntomas de ansiedad pueden constituir una **característica asociada a otro trastorno mental** (p. ej., esquizofrenia, ansiedad nerviosa).

El diagnóstico de **trastorno de ansiedad no especificado** sólo debe establecerse cuando el clínico no puede determinar si el cuadro de ansiedad es de carácter primario, relacionado con el consumo de una sustancia o debido a una enfermedad médica.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren que el cuadro clínico reúna la totalidad de criterios sintomáticos y de duración del trastorno de angustia o del trastorno de ansiedad generalizada. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno de ansiedad orgánico.

■ **Criterios para el diagnóstico de F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica) [293.89]**

- A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades

Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia (v. pág. 403)

Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, F06.4 Trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma, con ansiedad generalizada [293.89]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la existencia de síntomas predominantes de ansiedad (Criterio A) que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) (Criterio B). Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en que aparecen los síntomas (p. ej., durante la intoxicación o la abstinencia), el trastorno puede incluir ansiedad prominente, crisis de angustia, fobias y obsesiones o compulsiones. Aunque la presentación clínica del trastorno de ansiedad inducido por sustancias puede imitar la del trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, fobia social o el trastorno obsesivo-compulsivo, no es necesario que se cumplan los criterios diagnósticos de ninguno de estos trastornos. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de un trastorno mental (p. ej., otro trastorno de ansiedad) no secundario al consumo de una sustancia (Criterio C). No debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de ansiedad relacionado con sustancias si los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio D). Los sín-

tomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). Sólo debe establecerse este diagnóstico en vez del de intoxicación por o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas de ansiedad sean excesivos en comparación con los que habitualmente se asocian a estos dos trastornos o cuando los síntomas de ansiedad son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Véase la página 181 para una descripción más detallada de los trastornos inducidos por sustancias.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias puede diferenciarse de un trastorno de ansiedad primario por su inicio, curso y otros factores. En el caso de las drogas deben existir pruebas a partir de la historia clínica, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que existe el antecedente de intoxicación o abstinencia. Los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias sólo aparecen coincidiendo con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos de ansiedad primarios pueden preceder al inicio del consumo de la sustancia o tener lugar en períodos de abstinencia mantenida. Debido a que el síndrome de abstinencia para diversas sustancias (p. ej., para algunas benzodiacepinas) puede resultar relativamente largo, la aparición de los síntomas de ansiedad puede tener lugar hasta 4 semanas después de abandonar su uso. Otro dato a considerar es la presencia de características atípicas de un trastorno de ansiedad primario (p. ej., edad de inicio o curso atípicos). Por ejemplo, el inicio de un trastorno de angustia a partir de los 45 años de edad (lo cual es bastante raro) o la presencia de síntomas atípicos durante una crisis de angustia (p. ej., vértigo verdadero; pérdida del equilibrio, de la conciencia o del control esfinteriano; dolores de cabeza; olvido de palabras, y amnesia) pueden sugerir una etiología relacionada con el consumo de sustancias. En cambio, factores como la persistencia de síntomas de ansiedad durante un período considerable de tiempo (p. ej., durante 1 mes) tras haber remitido la fase aguda de una intoxicación o una abstinencia; la aparición de síntomas claramente excesivos en comparación con lo que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o cantidad de sustancia usada o la duración de este uso; o una historia previa de trastornos de ansiedad primarios recidivantes, sugieren que los síntomas de ansiedad podrían corresponder más probablemente a un trastorno de ansiedad primario.

Especificaciones

Pueden emplearse las siguientes especificaciones para indicar el cuadro sintomático predominante:

Con ansiedad generalizada. Esta especificación puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia. Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las crisis de angustia (v. pág. 402).

Con síntomas obsesivo-compulsivos. Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las obsesiones o las compulsiones.

Con síntomas fóbicos. Esta especificación puede utilizarse cuando predominan síntomas de carácter fóbico.

El contexto en que aparecen los síntomas de ansiedad puede indicarse mediante el empleo de las siguientes especificaciones:

De inicio durante la intoxicación. Esta especificación debe utilizarse si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el período de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia. Esta especificación debe utilizarse si se cumplen los criterios diagnósticos de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después del síndrome de abstinencia.

Procedimiento de tipificación

El nombre del diagnóstico del trastorno de ansiedad inducido por sustancias debe ir encabezado por la sustancia específica (p. ej., alcohol, metilfenidato, tiroxina) que se considera responsable de los síntomas de ansiedad. El código diagnóstico se selecciona de las listas de sustancias que figuran en los criterios diagnósticos. Si la sustancia implicada no consta en estas listas (p. ej., tiroxina), debe utilizarse el código para «otras sustancias». El nombre del trastorno (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por cafeína) debe ir seguido de la descripción del cuadro clínico predominante y el contexto en que aparecen los síntomas (p. ej., F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína, con crisis de angustia, de inicio durante la intoxicación [292.89]). Cuando entra en juego más de una sustancia deben anotarse separadamente (p. ej., F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína, con ansiedad generalizada, de inicio durante la intoxicación [292.89]; F10.8 Trastorno de ansiedad inducido por alcohol, con ansiedad generalizada, de inicio durante la abstinencia [291.8]). Debe utilizarse la categoría F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por una sustancia desconocida [292.89] si se considera que el factor etiológico del cuadro es una sustancia, pero la sustancia específica o la clase de sustancias son desconocidas.

Sustancias específicas

La intoxicación por los siguientes tipos de sustancias puede dar lugar a la aparición de un trastorno de ansiedad; alcohol; anfetamina y derivados; alucinógenos; cafeína; *Cannabis*; cocaína; fenciclidina y derivados; inhalantes, y otras sustancias o sustancias desconocidas. Por otra parte, la **abstinencia** de las siguientes sustancias también puede provocar un cuadro similar: alcohol; cocaína; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o sustancias desconocidas.

Algunos trabajos sugieren que los fármacos siguientes pueden ocasionar asimismo trastornos de ansiedad: anestésicos y analgésicos, simpaticomiméticos y otros broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, preparados tiroideos, anticonceptivos orales, antihistamínicos, fármacos anti-parkinsonianos, corticosteroides, fármacos antihipertensivos y cardiovasculares, anticomiciales, carbonato de litio, fármacos antipsicóticos y fármacos antidepresivos. Los metales pesados y los tóxicos siguientes entran también en el cuadro de posibles agentes etiológicos: sustancias volátiles como la gasolina y las pinturas, insecticidas organofosforados, gases nerviosos, monóxido de carbono y dióxido de carbono.

Diagnóstico diferencial

Los síntomas de ansiedad son frecuentes en la **intoxicación por sustancias** y la **abstinencia de sustancias**, cuyo diagnóstico, una vez determinada la sustancia responsable, suele ser suficiente para categorizar la presentación clínica. Sólo debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias en vez del de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas de ansiedad son claramente desproporcionados en comparación con los que habitualmente suelen aparecer en estos dos trastornos, o bien cuando los síntomas de ansiedad son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Por ejemplo, los síntomas de ansiedad constituyen un rasgo característico de la abstinencia de alcohol, y sólo debe

diagnosticarse un trastorno de ansiedad inducido por alcohol cuando estos síntomas sean desproporcionados en comparación con los que aparecen en la abstinencia de alcohol o cuando sean de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Si los síntomas de ansiedad relacionados con sustancias aparecen exclusivamente en el transcurso de un **delirium**, se consideran un síntoma más de este trastorno y no justifican un diagnóstico independiente. En los **cuadros clínicos relacionados con sustancias donde aparecen una mezcla de diferentes tipos de síntomas** (p. ej., del estado de ánimo, psicóticos y de ansiedad), el diagnóstico del tipo específico de trastorno relacionado con sustancias dependerá de la naturaleza de los síntomas predominantes en el cuadro clínico.

El trastorno de ansiedad, inducido por sustancias se diferencia a su vez del **trastorno de ansiedad primario** por el hecho de que una sustancia en concreto se considera etiológicamente relacionada con los síntomas (v. pág. 452).

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias secundario a fármacos prescritos para tratar un trastorno mental o una enfermedad médica aparece cuando el individuo está bajo tratamiento (o durante el síndrome de abstinencia si el fármaco en concreto es capaz de producirlo). Una vez abandonado el tratamiento, los síntomas de ansiedad suelen remitir en días o semanas (dependiendo del tiempo de vida media de la sustancia y de la presencia de abstinencia). Si los síntomas persisten más de 4 semanas, deben considerarse otras causas para explicar estos síntomas de ansiedad.

Dado que los individuos que padecen una enfermedad médica suelen recibir un tratamiento farmacológico, el clínico debe considerar siempre la posibilidad de que los síntomas de ansiedad obedezcan a los efectos fisiológicos directos de la propia enfermedad más que a los del fármaco, en cuyo caso el diagnóstico apropiado será **trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica**. La historia clínica suele desempeñar un papel determinante a la hora de decantarse por una u otra etiología. Otras veces, en cambio, es necesario realizar una modificación de las pautas farmacológicas (p. ej., sustitución o abandono de un fármaco) para determinar empíricamente si el tratamiento farmacológico es el agente etiológico de los síntomas que presenta el individuo. Si el clínico ha llegado a la conclusión de que la alteración obedece tanto a la enfermedad médica como al fármaco, cabe establecer ambos diagnósticos (es decir, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias). Cuando no se dispone de suficiente información como para decantarse por una u otra etiología, ni tampoco es posible atribuir el cuadro a un trastorno de ansiedad primario (es decir, no debido a una sustancia o a una enfermedad médica), hay que diagnosticar un **trastorno de ansiedad no especificado**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 no recoge este trastorno.

■ Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias

- A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que (1) o (2):

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias (*continuación*)

- (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente
 - (2) el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para el trastorno de ansiedad inducido por (sustancia específica)

(F10.8 Alcohol [291.8]; F16.8 Alucinógenos [292.89]; F15.8 Anfetamina [o sustancias similares] [292.89]; F15.8 Cafeína [292.89]; F12.8 *Cannabis* [292.89]; F14.8 Cocaína [292.89]; F19.8 Fenciclidina [o derivados] [292.89]; F18.87 Inhalantes [292.89]; F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]; F19.8 Otras sustancias [o desconocidas] [292.89])

Especificar si:

- Con ansiedad generalizada:** si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades
- Con crisis de angustia:** si predominan las crisis de angustia (v. pág. 403)
- Con síntomas obsesivo-compulsivos:** si predominan las obsesiones o las compulsiones
- Con síntomas fóbicos:** si predominan síntomas de carácter fóbico

Especificar si (v. tabla de pág. 183 para la aplicabilidad de las sustancias):

- De inicio durante la intoxicación:** si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación
- De inicio durante la abstinencia:** si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia

F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado [300.00]

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Son ejemplos los siguientes:

1. Trastorno mixto ansioso-depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico (v. pág. 740 para los criterios de investigación que se sugieren).
2. Síntomas de fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica o un trastorno mental (p. ej., enfermedad de Parkinson, enfermedades dermatológicas, tartamudez, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal).
3. Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

Trastornos somatomorfos

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia). Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. A diferencia de lo que ocurre en los trastornos facticios y en la simulación, los síntomas físicos no son intencionados (p. ej., bajo control voluntario). Los trastornos somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnóstica que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos. La agrupación de estos trastornos en un único grupo está basada más en la utilidad (p. ej., la necesidad de excluir enfermedades médicas ocultas o etiologías inducidas por sustancias) que en las hipótesis sobre etiologías o mecanismos compartidos. Estos trastornos se observan con bastante frecuencia en los centros hospitalarios.

En este capítulo se abordarán los siguientes trastornos somatoformes:

El **trastorno de somatización** (anteriormente histeria o síndrome de Briquet) es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, seudoneurológicos y dolor.

El **trastorno somatomorfo indiferenciado** se caracteriza por síntomas físicos no explicados, que persisten al menos 6 meses y que son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización.

El **trastorno de conversión** consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a los síntomas o a las disfunciones.

El **trastorno por dolor** consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica. Además, se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia.

La **hipocondría** es la preocupación y el miedo de tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.

El **trastorno dismórfico corporal** es la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.

En el **trastorno somatomorfo no especificado** se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios de cualquiera de los trastornos somatomorfos específicos.

F45.0 Trastorno de somatización [300.81]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de somatización es un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Se considera que un síntoma somático es clí-

nicamente significativo si requiere tratamiento médico (p. ej., tomar un medicamento) o causa un deterioro evidente de la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas somáticos deben empezar antes de los 30 años y persistir durante varios años (Criterio A). Los múltiples síntomas no pueden explicarse completamente por la presencia de alguna enfermedad conocida o por los efectos directos de una sustancia. Si aparecen en el transcurso de una enfermedad médica, los síntomas o el deterioro de las relaciones sociales, laborales o en otras áreas importantes de la actividad del individuo son mucho mayores de lo que cabría esperar a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio (Criterio C). Debe existir una historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas diferentes (p. ej., cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, tórax, recto) o con diversas funciones (p. ej., menstruación, coito, micción) (Criterio B1). Asimismo, al menos debe haber dos síntomas de tipo gastrointestinal, además de dolor (Criterio B2). La mayoría de los individuos con este trastorno refieren la presencia de náuseas e hinchazón abdominal. Los vómitos, la diarrea y la intolerancia a ciertos alimentos son menos habituales. Los síntomas digestivos a menudo conducen a múltiples exámenes radiográficos, pudiendo llegar incluso a comportar intervenciones quirúrgicas que *a posteriori* se demuestran totalmente innecesarias. Además, debe haber una historia de al menos un síntoma sexual o reproductivo, además del dolor (Criterio B3). En las mujeres se pueden presentar menstruaciones irregulares, menorragias o vómitos durante el embarazo; en los varones, disfunción eréctil o eyaculatoria. Tanto los varones como las mujeres pueden presentar indiferencia sexual. Finalmente, debe haber una historia de al menos un síntoma distinto al dolor, que sugiere la presencia de un trastorno neurológico (síntomas de conversión tales como coordinación o equilibrio alterados, parálisis o debilidad muscular, dificultad para deglutir o sensación de tener un nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, sensación de dolor o de pérdida de tacto, diplopía, ceguera, sordera o convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo) (Criterio B4). Los síntomas de cada uno de los grupos se han enumerado según la frecuencia con la que suelen presentarse. Finalmente, los síntomas no explicados del trastorno de somatización no son simulados o producidos intencionadamente (como ocurre en el trastorno facticio o en la simulación) (Criterio D).

Síntomas y trastornos asociados

Características y trastornos mentales asociados. Los individuos con trastorno de somatización generalmente describen sus síntomas de un modo llamativo y exagerado, pero muy a menudo falta información objetiva específica. Las historias que narran son poco consistentes, por lo que, para determinar un patrón de síntomas somáticos frecuentes, una entrevista diagnóstica puede ser menos eficaz que una revisión de los tratamientos médicos y de las hospitalizaciones llevadas a cabo. Estos enfermos son visitados frecuentemente por varios médicos a la vez, lo que puede conducir a combinaciones de tratamientos potencialmente peligrosas. El motivo por el cual se ve a estos enfermos en centros de salud mental es la presencia de síntomas importantes de ansiedad y estado de ánimo deprimido. Pueden existir asimismo comportamientos impulsivos y antisociales, amenazas e intentos de suicidio y conflictos matrimoniales. La vida de estos individuos, en especial la de quienes presentan trastornos de personalidad asociados, es a menudo tan caótica y complicada como sus historias clínicas. El consumo habitual de fármacos puede conducir a efectos indeseables o a trastornos relacionados con sustancias. Estos enfermos son muy a menudo sometidos a múltiples exámenes médicos, a pruebas diagnósticas, a cirugía y a hospitalizaciones, lo que supone un mayor riesgo de morbilidad asociada a estos procedimientos. El trastorno depresivo mayor, los trastornos de angustia y los trastornos relacionados con sustancias se encuentran frecuentemente asociados al trastorno de somatización, como asimismo lo están los trastornos de la personalidad histriónica, límite y antisocial.

Hallazgos de laboratorio. Las pruebas de laboratorio no aportan nada significativo para corroborar las quejas subjetivas.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. La exploración física no detecta nada significativo que explique los síntomas que manifiestan los individuos con trastorno de somatización. Estos enfermos pueden ser diagnosticados de los llamados trastornos funcionales (p. ej., síndrome del intestino irritable). Sin embargo, debido a que en estos síndromes no hay signos objetivos o hallazgos de laboratorio específicos, los síntomas hacen pensar en el diagnóstico de trastorno de somatización.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

El tipo y la frecuencia de presentación de los síntomas somáticos pueden variar entre culturas. Por ejemplo, la sensación de quemazón en las manos y los pies o la experiencia no delirante de tener gusanos en la cabeza u hormigas debajo de la piel son síntomas pseudoneurológicos que se observan con mucha más frecuencia en África y en el Sur de Asia que en Norteamérica. Los síntomas relacionados con la función reproductora masculina son más prevalentes en las culturas en las que existe una preocupación sobre la pérdida de semen (p. ej., el síndrome *dhat* en la India). Por esta razón, es necesario contextualizar los síntomas en cada una de las culturas. Los síntomas que se enumeran en este manual son los ejemplos considerados más relevantes en el diagnóstico en Estados Unidos. Debe tenerse en cuenta que el orden de frecuencia proviene de estudios llevados a cabo en este país.

En Estados Unidos el trastorno de somatización afecta rara vez a varones, pero el alto índice de afectación de griegos y portorriqueños sugiere que los factores culturales pueden afectar la prevalencia en función del sexo.

Prevalencia

Diversos estudios señalan índices de prevalencia variables, desde un 0,2 % hasta un 2 % en mujeres y menos de un 0,2 % en hombres. Las diferencias en los índices pueden depender de si el entrevistador es médico, del método de valoración y de las variables demográficas de las muestras analizadas; cuando el entrevistador no es médico, el trastorno de somatización se diagnostica con mucha menos frecuencia.

Curso

El trastorno de somatización es una enfermedad crónica, aunque fluctuante, que pocas veces remite de manera completa. Es poco frecuente que pase más de 1 año sin que el individuo que padece este trastorno no busque ayuda médica por síntomas somáticos inexplicados. La enfermedad se diagnostica antes de los 25 años de edad, y los primeros síntomas pueden empezar a presentarse ya durante la adolescencia; en las mujeres las irregularidades menstruales constituyen uno de los signos que se manifiesta con más prontitud. Los síntomas sexuales se asocian muy a menudo a conflictos matrimoniales.

Patrón familiar

Se ha observado que el 10-20 % de las mujeres parientes de primer grado de estos enfermos presentan también trastorno de somatización. Los familiares varones de las mujeres con este tras-

torno tienen un mayor riesgo de padecer trastorno antisocial de la personalidad y trastornos relacionados con sustancias. Los estudios realizados en personas adoptadas indican que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen a incrementar el riesgo de padecer trastorno antisocial de la personalidad, trastornos relacionados con sustancias y trastorno de somatización. El hecho de tener padres biológicos o adoptivos que presenten alguno de estos trastornos aumenta el riesgo de aparición del trastorno antisocial de la personalidad, del trastorno relacionado con sustancias o del trastorno de somatización.

Diagnóstico diferencial

El cuadro clínico del trastorno de somatización es habitualmente inespecífico y puede solaparse con muchas enfermedades médicas. Existen tres características que sugieren más un trastorno de somatización que una enfermedad médica: 1) afectación de múltiples órganos; 2) inicio a temprana edad y curso crónico, sin signos físicos o anomalías estructurales, y 3) ausencia, en las pruebas de laboratorio, de las anomalías características de las enfermedades médicas. Aun así, es necesario descartar las enfermedades médicas que se caracterizan por síntomas vagos, confusos y múltiples (p. ej., hiperparatiroidismo, porfiria aguda intermitente, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico). Además, el trastorno de somatización no impide que los individuos padezcan otras enfermedades. Los hallazgos de tipo objetivo deben evaluarse sin prestar excesiva atención a las quejas subjetivas. El inicio de múltiples síntomas físicos en etapas avanzadas de la vida se debe prácticamente siempre a la presencia de una enfermedad médica.

La **esquizofrenia** con ideas delirantes somáticas debe diferenciarse de las quejas somáticas no delirantes de los individuos con trastorno de somatización. En contadas ocasiones los enfermos con trastorno de somatización padecen también esquizofrenia; cuando esto ocurre, es necesario efectuar los dos diagnósticos. En el trastorno de somatización pueden presentarse además alucinaciones (como síntomasseudoneurológicos), que deben diferenciarse de las alucinaciones típicas observadas en la esquizofrenia (v. pág. 281).

Algunas veces es muy difícil distinguir los **trastornos de ansiedad** y el trastorno de somatización. En el **trastorno de angustia** se presentan asimismo múltiples síntomas somáticos, pero éstos se producen principalmente durante las crisis de angustia. No obstante, el trastorno de angustia puede coexistir con el trastorno de somatización, y, si los síntomas somáticos aparecen fuera de las crisis, deben establecerse ambos diagnósticos. Las personas con **trastorno de ansiedad generalizada** pueden manifestar muchos síntomas físicos asociados a su trastorno, pero la ansiedad y las preocupaciones no se limitan a estos síntomas. Los individuos con **trastornos del estado de ánimo**, especialmente con **trastornos depresivos**, pueden presentar síntomas de tipo somático, habitualmente cefaleas, alteraciones digestivas o dolor no explicado. Los individuos con trastorno de somatización presentan síntomas físicos de manera recurrente y durante la mayor parte de su vida, independientemente de su estado de ánimo, mientras que los síntomas de los enfermos con trastornos depresivos se limitan a los períodos en los que el individuo se encuentra deprimido. Las personas con trastorno de somatización también presentan a menudo síntomas de tipo depresivo. Cuando se cumplen los criterios para el trastorno de somatización y para el trastorno del estado de ánimo, hay que establecer ambos diagnósticos.

Por definición, todos los individuos que padecen trastorno de somatización tienen historia de dolor, síntomas sexuales y síntomas de conversión o disociativos. Por esta razón, cuando estos síntomas se manifiestan exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización, no debe realizarse el diagnóstico adicional de **trastorno por dolor asociado a factores psicológicos, disfunción sexual, trastorno de conversión o trastorno disociativo**. Asimismo, no debe establecerse el diagnóstico de **hipocondría** si el miedo o la preocupación a tener una enfermedad grave se manifiestan exclusivamente en el transcurso del trastorno de somatización. En este manual los

criterios para el diagnóstico de trastorno de somatización son algo más estrictos que los criterios originales para el **síndrome de Briquet**. Los cuadros clínicos de tipo somatomorfo que no cumplen los criterios para el trastorno de somatización deben clasificarse como **trastorno somatomorfo indiferenciado** si la duración del síndrome es de 6 meses o más, o como **trastorno somatomorfo no especificado** si la duración es inferior a 6 meses.

En el **trastorno facticio con predominio de signos y síntomas somáticos** y en la **simulación** los síntomas somáticos pueden producirse intencionadamente, con el objetivo de asumir el papel de enfermo o de obtener alguna ganancia. Los síntomas producidos intencionadamente no deben hacer pensar en un trastorno de somatización. Sin embargo, no es raro observar síntomas facticios o simulación junto a otros síntomas no provocados de manera intencionada. En estos casos hay que diagnosticar tanto el trastorno de somatización como el trastorno facticio o la simulación.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación y el diagnóstico de la CIE-10 para el trastorno de somatización son diferentes a los del DSM-IV. Por una parte, se exige la presencia de 6 síntomas de una lista de 14 distribuidos en los siguientes grupos: 6 síntomas gastrointestinales, 2 síntomas cardiovasculares, 3 síntomas genitourinarios y 3 síntomas relacionados «con la piel o el propio dolor». Por otra parte, deben aparecer síntomas de por lo menos dos grupos. Además, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren la presencia de «rechazo persistente a aceptar la opinión de los médicos de que no existe una causa orgánica que explique estos síntomas físicos».

■ **Criterios para el diagnóstico de F45.0 Trastorno de somatización [300.81]**

- A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
 - (1) *cuatro síntomas dolorosos*: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción)
 - (2) *dos síntomas gastrointestinales*: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)
 - (3) *un síntoma sexual*: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo)

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F45.0 Trastorno de somatización [300.81] (continuación)

(4) *un síntoma pseudoneurológico*: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

- (1) tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos)
- (2) si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio

D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado [300.81]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno somatomorfo indiferenciado consiste en la presencia de uno o más síntomas físicos (Criterio A) que persisten durante 6 meses o más (Criterio D). Los síntomas más habituales son el cansancio crónico, la pérdida del apetito y las molestias gastrointestinales o genitourinarias; estos síntomas no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de alguna sustancia (p. ej., los efectos de una lesión, el consumo de sustancias o los efectos indeseados de fármacos); o bien los síntomas y el deterioro que causan son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio (Criterio B). Los síntomas deben provocar malestar clínico significativo o deterioro social o laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto (Criterio C). El diagnóstico no debe realizarse cuando los síntomas se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., otro trastorno somatomorfo, disfunción sexual, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno del sueño, trastorno psicótico (Criterio E). Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación) (Criterio F).

Se trata de una categoría residual para los cuadros somatomorfos que no cumplen los criterios para el trastorno de somatización o para otro trastorno somatomorfo. Los síntomas que se observan forman parte de los enumerados en el trastorno de somatización; puede existir un único sín-

toma, como es la náusea, o, lo que es más frecuente, síntomas físicos variados. Los síntomas físicos, crónicos e inexplicables, llevan al individuo a la consulta médica, habitualmente a la del médico generalista.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Los síntomas médicamente no explicados y la preocupación por la enfermedad física pueden constituir «lenguajes de malestar» usados para expresar inquietudes respecto a un amplio abanico de problemas personales y sociales, sin indicar necesariamente psicopatología. La incidencia más alta de síntomas físicos no explicados tiene lugar en mujeres jóvenes de *status* económico bajo, pero estos síntomas no son exclusivos de un sexo o grupo sociocultural concretos. En el DSM-IV, la «neurastenia», síndrome descrito en muchos lugares del mundo y caracterizado por fatiga y debilidad, se clasifica como trastorno somatomorfo indiferenciado cuando los síntomas persisten durante más de 6 meses.

Curso

El curso de los síntomas físicos no explicados es impredecible y es frecuente el diagnóstico eventual de una enfermedad médica u otro trastorno mental.

Diagnóstico diferencial

Véase también el apartado «Diagnóstico diferencial» del trastorno de somatización (v. página 460). El trastorno somatomorfo indiferenciado se diferencia del **trastorno de somatización** en que este último requiere una multiplicidad de síntomas, una duración de varios años e inicio anterior a los 30 años. Los individuos con trastorno de somatización cuentan su historia de manera inconsistente, por lo que algunas veces la gran cantidad de síntomas cumple perfectamente los criterios diagnósticos, y en otras, la escasez de síntomas no permite establecer el diagnóstico de trastorno de somatización. Cuando los síntomas físicos persisten menos de 6 meses, debe establecerse el diagnóstico de **trastorno somatomorfo no especificado**. El trastorno somatomorfo indiferenciado no debe diagnosticarse si los síntomas se explican mejor por otro trastorno mental. Los trastornos mentales que pueden producir síntomas físicos no explicados son el **trastorno depresivo mayor**, los **trastornos de ansiedad** y el **trastorno adaptativo**. A diferencia de lo que ocurre en el trastorno somatomorfo indiferenciado, los síntomas físicos de los **trastornos facticios** y de la **simulación** se producen de manera intencionada o se simulan. En el trastorno facticio la causa es la asunción del papel de enfermo para conseguir exploraciones y tratamientos médicos, mientras que en la simulación hay muchos más incentivos externos, como compensación económica, evitación de responsabilidades, huida de la justicia y obtención de drogas.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales para el trastorno somatomorfo indiferenciado.

■ Criterios para el diagnóstico de F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado [300.81]

- A. Uno o más síntomas físicos (p. ej., fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).
- B. Cualquiera de las dos características siguientes:
 - (1) tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. ej., droga de abuso o medicación)
 - (2) si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio
- C. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. La duración del trastorno es al menos de 6 meses.
- E. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastorno psicótico).
- F. Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación).

F44.x Trastorno de conversión [300.11]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de conversión es la presencia de síntomas o déficit que afectan las funciones motoras o sensoriales y que sugieren un trastorno neurológico o alguna otra enfermedad médica (Criterio A). Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit (ya que se ha observado que el inicio o la exacerbación de los síntomas o los déficit vienen precedidos por conflictos o por otros acontecimientos estresantes (Criterio B). Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados, a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación (Criterio C). El trastorno de conversión no debe diagnosticarse si los síntomas o los déficit se explican por un trastorno neurológico o de otro tipo, por los efectos directos de una sustancia o por comportamientos o experiencias culturalmente aprobados (Criterio D). El problema debe ser clínicamente significativo por el malestar que provoca, por el deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o por el hecho de que requiera atención médica (Criterio E). No debe diagnosticarse este trastorno si los síntomas se limitan a dolor o a disfunción sexual, aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización o se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (Criterio F).

Los síntomas de conversión están relacionados con la actividad motora voluntaria o sensorial, y por ello se denominan «seudoneurológicos». Los síntomas o déficit motores típicos son alteraciones de la coordinación y del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, afonía, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta y retención urinaria. Los síntomas y déficit de tipo sensorial suelen ser pérdida de sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera y alucinaciones. También pueden aparecer crisis o convulsiones. Cuantos menos conocimientos médicos posee el enfermo, más inverosímiles son los síntomas que refiere. Los individuos más sofisticados tienden a presentar síntomas y déficit más sutiles, extraordinariamente semejantes a alguna enfermedad neurológica o médica.

Debe establecerse el diagnóstico de trastorno de conversión sólo cuando se ha efectuado un examen médico exhaustivo destinado a descartar una etiología neurológica o de otro tipo. Debido a que a veces se necesitan años para que una enfermedad médica se haga evidente, el diagnóstico de trastorno de conversión debe ser provisional y tentativo. En los primeros estudios realizados las etiologías médicas se observaron posteriormente en un 25-50 % de las personas inicialmente diagnosticadas de trastorno de conversión. En estudios más recientes es menos evidente el error diagnóstico, probablemente a causa de una mayor conciencia del trastorno, así como a los progresos en los conocimientos y en las técnicas diagnósticas. Una historia clínica de otros síntomas disociativos o somáticos no explicados (especialmente de conversión) implica una mayor probabilidad de que un aparente síntoma de conversión no se deba a una enfermedad médica (especialmente si en el pasado se cumplieron los criterios para el trastorno de somatización).

Los síntomas de conversión no se corresponden con mecanismos fisiológicos y vías anatómicas conocidos, sino que son el producto de las ideas que el individuo tiene de lo que es la enfermedad. Así, una «parálisis» puede reflejar más la incapacidad para realizar un movimiento determinado o mover una parte del cuerpo que responder a las pautas normales de inervación motora. Los síntomas de conversión son a menudo inconsistentes. Puede ocurrir que una extremidad «paralizada» se mueva repentinamente mientras el individuo se está vistiendo o cuando dirige su atención a otro lugar. Si se coloca el brazo del individuo por encima de la cabeza y se suelta, éste continuará durante poco tiempo en esta posición y caerá (pero sin golpear la cabeza). De la misma manera, puede demostrarse la presencia de una fuerza muscular excesiva en los músculos antagonistas, un tono muscular normal y unos reflejos intactos: además, el electromiograma será normal. La dificultad para deglutir afecta tanto a líquidos como a sólidos. La «anestesia» de un pie o de una mano puede seguir la denominada distribución en forma de guante o calcetín, con pérdida uniforme de todas las modalidades sensoriales (sin ir de gradiente proximal a distal) (p. ej., tacto, temperatura y dolor) y con una delimitación ajena a los dermatomas. Las «crisis» pueden variar de una convulsión a otra, y no se aprecia actividad paroxística en el EEG.

Aunque se sigan cuidadosamente estas directrices, es necesario actuar con mucha precaución. El conocimiento actual de los mecanismos anatómicos y fisiológicos no es total, y los métodos de valoración objetiva disponible tienen todavía excesivas limitaciones. Es posible entonces diagnosticar como trastorno de conversión una gran cantidad de trastornos neurológicos; entre ellos destacan la esclerosis múltiple, la miastenia grave y las distonías idiopáticas o inducidas por sustancias. Sin embargo, la presencia de un trastorno neurológico no excluye el diagnóstico de trastorno de conversión; además, se ha observado que un tercio de los individuos con síntomas de conversión padecen o han padecido un trastorno neurológico. El trastorno de conversión puede diagnosticarse en presencia de un trastorno neurológico o de otra enfermedad médica si los síntomas no pueden explicarse en su totalidad por la naturaleza y la gravedad de la enfermedad en cuestión.

Tradicionalmente, el término *conversión* deriva de la hipótesis de que el síntoma somático representa la resolución simbólica de un conflicto psicológico inconsciente, que disminuye la ansiedad y sirve para mantener el conflicto fuera de la conciencia («ganancia primaria»). Asimismo, la persona puede obtener del síntoma de conversión una «ganancia secundaria» (se obtienen beneficios externos o se evitan responsabilidades u obligaciones peligrosas). A pesar de que los criterios

para el diagnóstico de trastorno de conversión no implican necesariamente que los síntomas sean debidos a tales hipótesis, requieren que los factores psicológicos estén asociados al inicio o a la exacerbación del trastorno. Los factores psicológicos se asocian también a las enfermedades médicas, por lo que es difícil en ocasiones determinar si un factor psicológico específico se encuentra relacionado etiológicamente con un síntoma o déficit. Sin embargo, puede ser de ayuda constatar la presencia de una estrecha relación temporal entre el conflicto o el agente estresante y el inicio o la exacerbación de un síntoma (sobre todo si la persona ya había manifestado antes síntomas de conversión bajo circunstancias similares).

Aunque el individuo puede obtener una ganancia secundaria a partir del síntoma de conversión, a diferencia de lo que sucede en la simulación o en el trastorno facticio, los síntomas no se producen de manera intencionada; sin embargo, muchas veces es difícil determinar si los síntomas se han producido intencionadamente o no. En general, este extremo debe inferirse a partir de una evaluación cautelosa del contexto en el que el síntoma se manifiesta (en relación con potenciales recompensas externas o con el papel de enfermo). Puede ser útil complementar la historia del individuo con fuentes adicionales de información (p. ej., a partir de informes o de amigos).

El trastorno de conversión no debe diagnosticarse si existe algún síntoma que se pueda explicar por un comportamiento o experiencia culturalmente normales. Por ejemplo, las «visiones» o los «hechizos» que forman parte de rituales religiosos no justifican un diagnóstico de trastorno de conversión a no ser que el síntoma exceda de lo esperado en tal contexto y cause malestar o deterioro. En la «histeria epidémica» un grupo de personas manifiestan síntomas comunes después de la «exposición» a un desencadenante común. Debe realizarse el diagnóstico de trastorno de conversión sólo si el individuo experimenta malestar clínicamente significativo o deterioro.

Subtipos

Seleccionar el código diagnóstico basado en el subtipo que mejor caracteriza la naturaleza del síntoma o déficit:

F44.4 Con síntoma o déficit motores. Este subtipo incluye síntomas como alteración de la coordinación psicomotora y del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de «nudo en la garganta», afonía y retención urinaria.

F44.5 Con crisis o convulsiones. Este subtipo incluye crisis o convulsiones, con presencia de componente motor voluntario o sensorial.

F44.6 Con síntoma o déficit sensoriales. Este subtipo incluye síntomas como sensación de pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera y alucinaciones.

F44.7 De presentación mixta. Si hay síntomas de más de una categoría.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los individuos con síntomas de conversión pueden manifestar la *belle indifference* (una relativa falta de preocupación sobre la naturaleza o las implicaciones del síntoma) o presentar actitudes de tipo dramático o histriónico. Debido a la fácil sugestionabilidad de estos individuos, sus síntomas pueden modificarse o desaparecer según los estímulos externos; sin embargo, debe tenerse en cuenta que esto no es específico del trastorno de conversión y que puede ocurrir en diversas enfermedades médicas. Es frecuente que los síntomas aparezcan después de una situación de estrés psicosocial extremo (p. ej., conflicto bélico o muerte reciente de una persona significativa). La dependencia y la asunción del papel de enfermo pueden producirse durante el tratamiento. Es habitual observar síntomas somáticos no

conversivos. Los trastornos mentales asociados incluyen trastornos disociativos, trastorno depresivo mayor y trastornos histriónico, antisocial y por dependencia de la personalidad.

Hallazgos de laboratorio. No hay anomalías específicas de laboratorio asociadas al trastorno de conversión. De hecho, es la ausencia de hallazgos lo que sugiere y corrobora el diagnóstico de trastorno de conversión. Sin embargo, los hallazgos de laboratorio propios de una enfermedad médica no excluyen la presencia de un trastorno de conversión, ya que éste sólo requiere la presencia de síntomas no explicados completamente para su diagnóstico.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los síntomas típicos del trastorno de conversión no se corresponden con vías anatómicas y mecanismos fisiológicos conocidos. Por esta razón, rara vez hay signos objetivos esperables (p. ej., reflejos). No obstante, un individuo puede manifestar síntomas parecidos a los que él mismo padece o a los que ha observado en otras personas (p. ej., individuos con epilepsia pueden simular «crisis» parecidas a las que ha observado en otros enfermos o a lo que le han contado sobre las suyas). Generalmente, los síntomas de conversión son autolimitados y no producen cambios físicos o discapacidades. Es poco frecuente la aparición de cambios físicos del tipo de atrofia y contracturas como resultado del desuso o como secuelas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, es importante señalar que los síntomas de conversión pueden manifestarse en individuos que padecen trastornos neurológicos.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El trastorno de conversión es mucho más frecuente en las poblaciones rurales, en los individuos de bajo *status* económico y en las personas menos conocedoras de los conceptos médicos y psicológicos. En zonas en vías de desarrollo se ha documentado una alta incidencia de personas con síntomas de conversión, que va disminuyendo a medida que la sociedad se convierte en más avanzada. Las caídas al suelo con pérdida o alteración de la conciencia constituyen una característica de gran variedad de síndromes relacionados con la cultura. El tipo de síntomas de conversión es fiel reflejo de ideas culturales locales sobre la manera de expresar el malestar de forma aceptable y creíble. Los cambios que semejan síntomas de conversión (así como síntomas disociativos) son aspectos habituales de determinados rituales curativos o prácticas religiosas. El clínico debe valorar si estos síntomas se explican satisfactoriamente por el contexto social particular y si producen malestar clínicamente significativo, discapacidad o deterioro de la actividad.

Los síntomas de conversión que se manifiestan en niños menores de 10 años están limitados generalmente a alteraciones de la marcha o a convulsiones. Este trastorno es más frecuente en mujeres que en varones, en una relación que oscila entre 2:1 y 10:1. Especialmente en las mujeres los síntomas se presentan más habitualmente en el lado izquierdo del cuerpo que en el derecho. Las mujeres (y alguna vez los hombres) que manifiestan síntomas de conversión pueden más tarde presentar todo el cuadro de síntomas del trastorno de somatización. En los varones especialmente es evidente una asociación con el trastorno antisocial de la personalidad y a menudo se observa también en contextos militares y en accidentes laborales, en cuyo caso debe prestarse atención a la hora de diferenciarlo de la simulación.

Prevalencia

En la población general los índices de prevalencia para el trastorno de conversión varían mucho, desde 11/100.000 hasta 300/100.000. Se ha observado asimismo que un 1-3 % de los pacientes ambulatorios enviados a centros de salud mental presentan este trastorno.

Curso

El trastorno de conversión se inicia generalmente en los últimos años de la adolescencia y en los primeros de la edad adulta; es muy rara su aparición antes de los 10 años o después de los 35, pero se han descrito casos en los que el inicio se ha producido en la novena década. Cuando un hipotético trastorno de conversión aparece en la mitad de la vida o en la senectud, existe una alta probabilidad de que se trate de un trastorno neurológico o de otro tipo. El inicio de este trastorno suele ser repentino, pero también aparece de manera gradual. La mayoría de los síntomas son de corta duración. Los individuos que se encuentran hospitalizados por este trastorno presentan una remisión de sus síntomas en aproximadamente 2 semanas. Las recaídas son habituales y se presentan en un 20-25 % de los individuos (durante el primer año). Además, la presencia de una sola recaída predice la presentación de futuros episodios. Los factores que se asocian a buen pronóstico son el inicio repentino, la presencia de estrés claramente identificable al inicio de la enfermedad, el corto intervalo de tiempo entre la aparición del trastorno y la instauración del tratamiento, y un nivel de inteligencia superior al normal. Síntomas como parálisis, afonía y ceguera se asocian también a buen pronóstico; en cambio, los temblores y las convulsiones son de peor evolución.

Patrón familiar

Hay datos que sugieren que los síntomas de conversión son más frecuentes en parientes de personas con trastorno de conversión. Se ha observado que en gemelos monocigotas el riesgo de presentar un trastorno de este tipo es mayor que en gemelos dicigotas.

Diagnóstico diferencial

El mayor problema a la hora de evaluar los síntomas de conversión es la exclusión de **enfermedades neurológicas ocultas** o de **otras enfermedades médicas**, así como los **efectos inducidos por sustancias (incluidos fármacos)**. Una evaluación adecuada de las posibles enfermedades médicas (p. ej., esclerosis múltiple, miastenia grave) debe incluir una revisión detallada del cuadro clínico actual, de la anamnesis, de la exploración neurológica y física en general y de los hallazgos de laboratorio (valorando también el posible consumo de alcohol y otras sustancias).

El **trastorno por dolor** y la **disfunción sexual** deben diagnosticarse en lugar del trastorno de conversión cuando los síntomas se limiten a dolor o a disfunción sexual, respectivamente. No debe realizarse un diagnóstico adicional de trastorno de conversión si los síntomas se presentan exclusivamente en el transcurso de un **trastorno de somatización**; asimismo, tampoco debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de conversión si los síntomas se explican mejor por la presencia de **otro trastorno mental** (p. ej., síntomas catatónicos o delirios somáticos en la **esquizofrenia u otros trastornos psicóticos** o **trastornos del estado de ánimo** o dificultad para deglutir durante una **crisis de angustia**). En la hipocondría el individuo se encuentra muy preocupado por la «enfermedad grave» subyacente a los síntomas pseudoneurológicos, mientras que en el trastorno de conversión la atención se centra en el síntoma de presentación y a veces aparece también la *belle indifférence*. En el **trastorno dismórfico corporal** el énfasis está en la preocupación sobre un defecto imaginario o poco importante en el aspecto físico, y no sobre una alteración de las funciones motoras voluntarias o sensoriales. El trastorno de conversión presenta muchos síntomas que son comunes a los **trastornos disociativos**. Ambos trastornos presentan síntomas que sugieren una disfunción neurológica y pueden también tener los mismos antecedentes. Si los dos trastornos se manifiestan en el mismo individuo (lo que ocurre frecuentemente), deben realizarse entonces los dos diagnósticos.

Existe cierta controversia a la hora de considerar si las alucinaciones (seudoalucinaciones) son un síntoma del trastorno de conversión. A diferencia de lo que ocurre en las **alucinaciones de los trastornos psicóticos** (p. ej., esquizofrenia u otro trastorno psicótico, trastorno psicótico debido a enfermedad médica, trastorno relacionado con sustancias o trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos), los individuos que sufren alucinaciones en el trastorno de conversión mantienen intacto el sentido de la realidad y no presentan otros síntomas psicóticos; estas alucinaciones implican diferentes modalidades sensoriales (p. ej., una alucinación con componentes visuales, auditivos y táctiles) y tienen a menudo un contenido infantil, ingenuo y fantástico. Tienen un significado psicológico y el individuo las describe como si se tratara de historias muy interesantes.

Los síntomas presentes en los **trastornos facticios** y en la **simulación** se producen intencionadamente o son simulados. En el trastorno facticio el motivo es asumir el papel de enfermo y obtener atención médica y tratamiento; en cambio, en la simulación hay objetivos más evidentes, como compensación económica, evitación de responsabilidades, huida de la justicia u obtención de droga. En los síntomas de conversión estos objetivos pueden parecer «ganancias secundarias», pero se diferencian de la simulación por la ausencia de intencionalidad.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 considera la conversión como un tipo de trastorno disociativo y propone criterios diagnósticos separados para los trastornos motores disociativos, convulsiones disociativas y anestesia disociativa y pérdida sensorial, incluyéndolos a su vez en una sección donde pueden encontrarse asimismo la amnesia disociativa y la fuga disociativa.

■ **Criterios para el diagnóstico de F44.x Trastorno de conversión [300.11]**

- A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.
- B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.
- C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).
- D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.
- E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F44.x Trastorno de conversión [300.11] (continuación)

- F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Código basado en el tipo de síntoma o déficit:

- .4 **Con síntoma o déficit motor**
- .5 **Con crisis y convulsiones**
- .6 **Con síntoma o déficit sensorial**
- .7 **De presentación mixta**

F45.4 Trastorno por dolor

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es el dolor, que constituye el síntoma principal del cuadro clínico y que es de gravedad suficiente como para merecer atención médica (Criterio A). El dolor provoca malestar significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B). Se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación y la persistencia del dolor (Criterio C). A diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación, el dolor no es simulado o producido intencionadamente (Criterio D). No debe diagnosticarse trastorno por dolor si el dolor puede explicarse por la presencia de trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo o trastorno de ansiedad, o si el dolor cumple los criterios diagnósticos de la dispareunia (Criterio E). Ejemplos de las alteraciones producidas por el dolor son la incapacidad para trabajar o para ir a la escuela, utilización asidua del sistema sanitario, consumo continuado de fármacos, problemas de tipo relacional (conflictos matrimoniales, alteración de la vida familiar) y transformación del dolor en el asunto central de la vida del individuo. Los factores psicológicos pueden constituir otro trastorno de los Ejes I o II (que también debe diagnosticarse) o no ser suficientes para permitir el establecimiento del diagnóstico (p. ej., reacciones a situaciones de estrés psicosocial).

Subtipos y especificaciones

Los siguientes subtipos se anotan sobre la base de los factores presentes en la etiología y persistencia del dolor:

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos [307.80]. En este subtipo se considera que los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación y la persistencia del dolor. Los trastornos físicos tienen un papel escaso o nulo en el inicio o en la persistencia del dolor. No debe diagnosticarse este subtipo si se cumplen los criterios para el trastorno de somatización.

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica [307.89]. En este subtipo tanto los factores psicológicos como las enfermedades médicas desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. La localización anatómica del dolor o de la enfermedad médica asociada se codifica en el Eje III (v. procedimiento de tipificación).

Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica. Este subtipo *no se considera un trastorno mental y se codifica en el Eje III*. Se incluye en este apartado con el fin de facilitar el diagnóstico diferencial. El dolor está producido por una enfermedad médica y los factores psicológicos tienen un papel escaso o nulo en el inicio o la persistencia del dolor. Para este subtipo, se selecciona el código diagnóstico sobre la base de la localización del dolor o la enfermedad médica asociada (v. procedimiento de tipificación).

Para indicar la duración del dolor en el trastorno por dolor asociado a factores psicológicos o el asociado a factores psicológicos y enfermedad médica, se utilizan las especificaciones siguientes:

Agudo. Si la duración del dolor es inferior a 6 meses.

Crónico. Si la duración del dolor es igual o superior a 6 meses.

Procedimiento de tipificación

El código diagnóstico para el trastorno por dolor es F45.4. Para el trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica, F45.4 [307.89] se codifica en el Eje I y la enfermedad médica o la localización del dolor se codifican en el Eje III (p. ej., F45.4 Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica en el Eje I [307.89]; G63.2 Polineuropatía diabética en el Eje III [357.2]). Para el trastorno por dolor asociado a enfermedad médica, el código diagnóstico para el dolor se selecciona sobre la base de la enfermedad asociada si se conoce ésta o de la localización anatómica del dolor si la enfermedad subyacente no se ha establecido de una manera clara: por ejemplo, M54.5 Dolor lumbar bajo [724.2], M54.3 Dolor ciático [724.3], R10.2 Dolor pélvico [625.9], R51 Cefalea [784.0], R51 Dolor facial [784.0], R07.4 Dolor torácico [786.50], M25.5 Dolor de articulaciones [719.4], M89.8 Dolor óseo [733.90], R10.4 Dolor abdominal [789.0], N64.4 Dolor de mama [611.71], N23 Dolor renal [788.0], H92.0 Dolor de oído [388.70], H57.1 Dolor de ojos [379.91], R07.0 Dolor de garganta [784.1], K08.8 Dolor de dientes [525.9] y N23 Dolor urinario [788.0].

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El dolor puede alterar gravemente varios aspectos de la vida diaria. Entre los individuos que padecen formas crónicas del trastorno por dolor se ha observado frecuentemente desempleo, discapacidad y problemas familiares. Puede haber dependencia o abuso yatrogénico de opiáceos y dependencia o abuso yatrogénico de benzodiazepinas. Los individuos que sufren dolor asociado a depresión grave o relacionado con una enfermedad terminal, principalmente cáncer, presentan un mayor riesgo de suicidio. Los enfermos con dolor agudo recidivante o dolor crónico están convencidos de que existe en algún lugar algún profesional de la salud que posee el método curativo para su dolor. Pueden gastar una gran cantidad de dinero y emplear mucho tiempo para conseguir un objetivo a todas luces inalcanzable. El dolor puede llevar a inactividad y a aislamiento social, lo que, a su vez, puede conducir a problemas psicológicos adicionales (p. ej., depresión) y a una reducción de la resis-

cia física, que comporta cansancio y dolor adicional. El trastorno por dolor puede asociarse a otros trastornos mentales, especialmente trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. El dolor crónico se asocia frecuentemente a trastornos depresivos y el agudo a trastornos de ansiedad. Los trastornos mentales asociados pueden preceder al trastorno por dolor (y posiblemente predisponer al individuo a padecerlo), coexistir con él o estar provocados por él. Tanto las formas agudas como las crónicas del trastorno por dolor se asocian habitualmente a insomnio.

Hallazgos de laboratorio. En el trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica las pruebas de laboratorio pueden revelar una patología asociada al dolor (p. ej., hernia discal lumbar, identificada por resonancia magnética, en un individuo con dolor radicular bajo). Sin embargo, puede haber enfermedades médicas asociadas en ausencia de hallazgos objetivos. Generalmente, estos hallazgos se asocian al dolor por pura coincidencia.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. En el trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica la exploración física puede revelar la existencia de una patología asociada al dolor. Este trastorno puede asociarse a muchas enfermedades médicas, entre las que destacan diversas enfermedades musculoesqueléticas (p. ej., hernia discal, osteoporosis, osteoartritis o artritis reumatoide, síndromes miofasciales), neuropatías (p. ej., neuropatía diabética, neuralgia postherpética) y neoplasias (p. ej., metástasis en huesos, infiltración neoplásica en nervios). Los intentos por aliviar el dolor pueden determinar problemas adicionales, algunos de los cuales provocan incluso más dolor (p. ej., malestar gastrointestinal por fármacos antiinflamatorios no esteroideos, adherencias debidas a cirugía).

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Entre grupos étnicos y culturales distintos pueden existir diferencias en la respuesta a los estímulos dolorosos y en la manera de reaccionar ante el dolor. Sin embargo, debido a la amplia variabilidad individual, estos factores son de utilidad limitada en la evaluación y el tratamiento de los individuos con trastorno por dolor.

Este trastorno puede aparecer a cualquier edad. Las mujeres parecen experimentar ciertos tipos de dolor crónico, como cefaleas y dolor musculoesquelético, con más frecuencia que los varones.

Prevalencia

El trastorno por dolor es relativamente frecuente. Por ejemplo, se ha observado que, en el transcurso de 1 año, un 10-15 % de los adultos de Estados Unidos padecen algún tipo de discapacidad laboral debido únicamente a dolor lumbar.

Curso

La mayoría de los episodios de dolor agudo desaparecen en un corto período de tiempo. El inicio del dolor crónico es muy variable. En la mayoría de los casos el individuo acude a los centros de salud mental cuando ya han transcurrido varios años desde el inicio de los síntomas. Los factores considerados influyentes en la recuperación del trastorno por dolor son, por un lado, la participación del individuo en actividades regulares (p. ej., trabajo), a pesar del dolor, y, por otro, la resistencia a que éste se transforme en el factor determinante de su vida.

Patrón familiar

Los trastornos depresivos, la adicción al alcohol y el dolor de tipo crónico son más frecuentes en los familiares de primer grado de los individuos con trastorno por dolor.

Diagnóstico diferencial

El dolor constituye uno de los criterios diagnósticos del **trastorno de somatización**. Si el dolor asociado a factores psicológicos se presenta exclusivamente en el transcurso del trastorno de somatización, no debe efectuarse el diagnóstico adicional de trastorno por dolor asociado a factores psicológicos. De la misma manera, si la presentación del dolor cumple los criterios para la **dispareunia** (p. ej., relaciones sexuales dolorosas) no debe establecerse el diagnóstico de trastorno por dolor. Las quejas de dolor pueden ser intensas en individuos con **trastorno de conversión**, pero, por definición, este trastorno no se limita sólo al dolor. El dolor es un síntoma asociado habitualmente a **otros trastornos mentales** (p. ej., trastornos depresivos, trastorno de ansiedad, trastornos psicóticos). Debe considerarse un diagnóstico adicional de trastorno por dolor si el dolor es centro de atención clínica independiente, si provoca malestar o deterioro clínicamente significativos o excede al que habitualmente se observa en otro trastorno mental.

En la **simulación** y en el **trastorno facticio** el dolor puede fingirse o producirse intencionalmente. En el trastorno facticio el motivo es la asunción del papel de enfermo y la búsqueda de atención médica y tratamiento, mientras que en la simulación existen otros objetivos como compensación económica, evitación de responsabilidades en el Servicio Militar, huida de la justicia u obtención de droga.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren que el dolor persista por lo menos 6 meses y no pueda «explicarse adecuadamente sobre la base de una alteración fisiológica o un trastorno físico». En cambio, el DSM-IV no impone al clínico esta toma de decisión tan difícil; en vez de ello, sólo exige la contribución de factores psicológicos. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de dolor somatomorfo persistente.

Relación con la taxonomía propuesta por la International Association for the Study of Pain

El Subcomité sobre Taxonomía de la International Association for the Study of Pain ha establecido un sistema de cinco ejes para categorizar el dolor crónico de acuerdo a: I) localización anatómica; II) órganos afectados; III) características temporales del dolor y patrón de aparición; IV) valoración de la intensidad por parte del enfermo y tiempo transcurrido desde el inicio del dolor, y V) etiología. Este sistema de cinco ejes se basa principalmente en las manifestaciones físicas del dolor, pero permite considerar factores psicológicos tanto en el segundo eje (donde se puede codificar la presencia de un trastorno mental) como en el quinto (donde la etiología puede ser «psicofisiológica» y «psicológica»).

■ Criterios para el diagnóstico de F45.4 Trastorno por dolor

- A. El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
- B. El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
- D. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio).
- E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

Codificar el tipo:

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos [307.80]: se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay una enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastorno de somatización.

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica [307.89]: tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. La enfermedad médica asociada y la localización anatómica (v. después) se codifican en el Eje III.

Especificar (para ambos tipos) si:

Agudo: duración menor a 6 meses

Crónico: duración igual o superior a 6 meses

Nota: el trastorno siguiente no se considera un trastorno mental y se incluye aquí únicamente para facilitar el diagnóstico diferencial.

Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica: la enfermedad médica desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. (Si existen factores psicológicos, no se estima que desempeñen un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.) El código diagnóstico para el dolor se selecciona en base a la enfermedad médica asociada si se conoce ésta o a la localización anatómica del dolor si la enfermedad médica subyacente no está claramente establecida: por ejemplo, M54.5 Dolor lumbar [724.2], M54.3 Dolor ciático [724.3], R10.2 Dolor pélvico [625.9], R51 Cefalea [784.0], R51 Dolor facial [784.0], R07.4 Dolor torácico [786.50], M25.5 Dolor articular [719.4], M89.8 Dolor óseo [733.90], R10.4 Dolor abdominal [789.0], N64.4 Dolor de mama [611.71], N23 Dolor renal [788.0], H92.0 Dolor de oídos [388.70], H57.1 Dolor de ojos [379.91], R07.0 Dolor de garganta [784.1], K08.8 Dolor de dientes [525.9] y N23 Dolor urinario [788.0].

F45.2 Hipocondría [300.7]

Características diagnósticas

La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos (Criterio A). La exploración física no identifica enfermedad médica alguna que pueda explicar la preocupación del enfermo o los signos o síntomas que presenta (aunque puede existir una enfermedad médica concomitante). El miedo injustificado o la idea de padecer una enfermedad persisten a pesar de las explicaciones médicas (Criterio B). Sin embargo, la creencia no es de tipo delirante (p. ej., el individuo puede aceptar la posibilidad de que está exagerando la magnitud de la enfermedad o de que ésta no existe). La creencia no se circunscribe sólo a una preocupación por la apariencia física (como ocurre en el trastorno dismórfico corporal) (Criterio C). La preocupación por los síntomas somáticos provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto (Criterio D) y persiste durante al menos 6 meses (Criterio E). Esta preocupación no se explica mejor por trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, trastorno depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo (Criterio F).

En la hipocondría las preocupaciones del enfermo hacen referencia a funciones corporales (p. ej., latido cardíaco, sudor o movimientos peristálticos), a anomalías físicas menores (p. ej., pequeñas heridas, tos ocasional) o a sensaciones físicas vagas y ambiguas (p. ej., «corazón cansado», «venas dolorosas»). El individuo atribuye estos síntomas o signos a la enfermedad temida y se encuentra muy preocupado por su significado, su autenticidad y su etiología. Las preocupaciones pueden centrarse en un órgano específico o en una enfermedad en particular (p. ej., miedo a padecer una enfermedad cardíaca). Las exploraciones físicas, repetidas, las pruebas diagnósticas y las explicaciones del médico no consiguen aliviar la preocupación del paciente. Por ejemplo, un individuo con miedo a padecer una enfermedad cardíaca no se tranquiliza aunque sepa que las exploraciones físicas, los electrocardiogramas e incluso las angiografías son totalmente normales. Las personas que sufren este trastorno pueden alarmarse con la lectura o los comentarios sobre enfermedades, con las noticias de que alguien se ha puesto enfermo o incluso por la observación de lo que ocurre en su propio cuerpo. La preocupación sobre la enfermedad se convierte a menudo en la característica central de la autopercepción del individuo, en un tema reiterado de conversación, y en una respuesta a las situaciones de estrés.

Especificación

Con poca conciencia de enfermedad. Esta especificación debe utilizarse si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por la enfermedad es excesiva o injustificada.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. A menudo los pacientes suelen presentar su historia clínica de manera muy detallada y extensa. Son frecuentes la presencia de «peregrinaciones médicas» (*doctor shopping*) y el deterioro de la relación médico-paciente, con frustración y enfado por ambas partes. Algunas veces estos enfermos creen que no reciben la atención apropiada y se resisten a ser enviados a centros de salud mental. Las exploraciones diagnósticas repetidas pueden provocar complicaciones, además de suponer un riesgo para el enfermo y un dispen-

dio económico. Sin embargo, debido a que estos individuos presentan una historia de quejas múltiples sin base física clara, pueden ser sometidos a reconocimientos superficiales que pasen por alto la presencia de una enfermedad médica. Las relaciones sociales están limitadas por las preocupaciones que el individuo tiene por su enfermedad y por las demandas de tratamiento y consideración especiales. Las relaciones familiares pueden asimismo alterarse, ya que todo se centra en el bienestar del enfermo. El trabajo puede no estar afectado si el paciente limita su preocupación a los horarios «no laborables». Sin embargo, lo más frecuente es que su actividad productiva se encuentre también muy limitada. En casos más graves el individuo con hipocondría puede llegar a la invalidez total.

Las enfermedades graves, particularmente en la infancia, y los antecedentes de alguna enfermedad en miembros de la familia se asocian a la aparición de hipocondría. Se cree que las situaciones de estrés psicosocial, sobre todo la muerte de alguna persona cercana, pueden precipitar la aparición de este trastorno. Las personas con hipocondría a menudo presentan también otros trastornos mentales (especialmente trastornos de ansiedad y depresivos).

Hallazgos de laboratorio. Los hallazgos de laboratorio no confirman los temores del individuo.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los hallazgos de la exploración física no confirman los temores del individuo.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Aunque no sea lógica la preocupación por la enfermedad a pesar de las exploraciones médicas y de las explicaciones apropiadas, tal preocupación debe valorarse siempre en relación con el nivel cultural del enfermo. El diagnóstico de hipocondría debe hacerse con mucho cuidado si las ideas del paciente sobre la enfermedad se ven reforzadas por curanderos que no están de acuerdo con las explicaciones y las exploraciones médicas. El trastorno afecta por igual a varones y mujeres.

Prevalencia

La prevalencia de la hipocondría en la población general se desconoce. En la práctica médica la prevalencia se encuentra entre un 4 y un 9 %.

Curso

La hipocondría puede iniciarse a cualquier edad; sin embargo, lo más frecuente es que empiece en los primeros años de la vida adulta. El curso es generalmente crónico, con períodos de mayor o menor intensidad, aunque algunas veces es posible que el individuo se recupere totalmente. El inicio agudo, la comorbilidad, la ausencia de trastornos de la personalidad y la ausencia de una ganancia secundaria son indicadores de buen pronóstico. Debido a su cronicidad, algunos autores consideran que este trastorno posee características de «rasgo» (preocupación persistente, con quejas de tipo somático, centrada en síntomas físicos).

Diagnóstico diferencial

A la hora de establecer el diagnóstico diferencial siempre ha de tenerse en cuenta la posible existencia de una **enfermedad médica** subyacente, por ejemplo, una enfermedad neurológica en

su primera fase (p. ej., esclerosis múltiple o miastenia grave), enfermedades endocrinas (enfermedades tiroideas o paratiroides), enfermedades que afectan múltiples sistemas corporales (p. ej., lupus eritematoso sistémico), y neoplasias ocultas. A pesar de que la presencia de una enfermedad médica no descarta por completo la posibilidad de una hipocondría simultánea, las preocupaciones de tipo transitorio relacionadas con una enfermedad médica no pueden considerarse síntomas de hipocondría. Los **síntomas somáticos** (p. ej., dolor abdominal) son habituales en los **niños** y no deben diagnosticarse como hipocondría a no ser que el niño presente desde hace tiempo preocupación por tener una enfermedad grave. En la gente mayor es frecuente observar miedo y preocupaciones por debilidad corporal. Sin embargo, el inicio de las **preocupaciones por la salud en la vejez** obedecen más a la realidad o a un trastorno del estado de ánimo que a la hipocondría.

Debe diagnosticarse hipocondría sólo si las preocupaciones sobre la salud no pueden explicarse mejor por la presencia de **trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, trastorno de ansiedad por separación** u otro trastorno somatomorfo. Los individuos que sufren hipocondría pueden tener pensamientos intrusos sobre la enfermedad y presentar comportamientos compulsivos asociados (p. ej., demandas repetidas de explicaciones). Sólo debe realizarse un diagnóstico por separado de trastorno obsesivo-compulsivo si las obsesiones o compulsiones no se restringen a preocupaciones por una enfermedad (p. ej., comprobar el cierre de las puertas). En el **trastorno dismórfico corporal** la preocupación hace referencia al aspecto físico de la persona. En contraste con la **fobia específica a las enfermedades**, en la que el individuo tiene miedo a contraer alguna enfermedad, la hipocondría se caracteriza por la preocupación de padecerla ya.

En la hipocondría la convicción de tener una enfermedad no alcanza proporciones delirantes (p. ej., el individuo puede aceptar la posibilidad de que la enfermedad temida no exista), a diferencia de lo que sucede en los delirios somáticos que pueden aparecer en los **trastornos psicóticos** (p. ej., esquizofrenia, trastorno delirante de tipo somático y trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos).

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 propone una única tabla de criterios diagnósticos que puede aplicarse tanto para la hipocondría como para el trastorno dismórfico corporal (bajo el término común de trastorno hipocondríaco). Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la hipocondría especifican que debe existir la convicción de «estar padeciendo como máximo dos enfermedades médicas importantes» y exigen que por lo menos una de ellas sea correcta y específicamente nombrada por el individuo que presenta el trastorno hipocondríaco.

■ Criterios para el diagnóstico de F45.2 Hipocondría [300.7]

- A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.
- B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F45.2 Hipocondría [300.7]
(continuación)

- C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).
- D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.
- F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada

F45.2 Trastorno dismórfico corporal [300.7]

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno (conocido históricamente como dismorfofobia) es la preocupación por algún defecto en el aspecto físico (Criterio A). El defecto es imaginario o, si existe, la preocupación del individuo es claramente excesiva (Criterio A). La preocupación causa malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B) y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., la insatisfacción por el tamaño y la silueta corporales presente en la anorexia nerviosa) (Criterio C).

Los síntomas más usuales se refieren a defectos imaginarios o de poca importancia en la cara o la cabeza, como son delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, manchas vasculares, palidez o enrojecimiento del cutis, hinchazones, asimetría o desproporción facial y vello excesivo en la cara. Estos individuos pueden preocuparse también por la forma, el tamaño u otros aspectos de su nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula, barbilla, mejillas y cabeza. Sin embargo, cualquier otra parte del cuerpo puede ser igualmente motivo de preocupación (genitales, pechos, nalgas, abdomen, brazos, manos, piernas, caderas, hombros, columna vertebral, amplias zonas del cuerpo e incluso todo el cuerpo). La preocupación puede centrarse en varias partes del cuerpo al mismo tiempo. A pesar de que las quejas son normalmente específicas (p. ej., labios torcidos o nariz prominente), algunas veces llegan a ser considerablemente vagas (p. ej., una cara «caída» o unos ojos poco abiertos). Debido al malestar que les ocasionan las preocupaciones, los individuos con trastorno dismórfico corporal tienden a evitar describir con detalle sus «defectos» y se limitan a hablar siempre de su fealdad.

La mayoría de los sujetos experimentan un malestar intenso en relación con su supuesto defecto y a menudo describen sus preocupaciones como «muy dolorosas», «torturantes» o «devastadoras»; les resulta difícil controlar y dominar sus preocupaciones y hacen poco o nada por superarlas. Como resultado, suelen pasar horas pensando en su «defecto», hasta el punto de que estos pensamientos pueden llegar a dominar sus vidas por completo. En muchos casos cabe objetivar un deterioro significativo en muchas áreas de la actividad del sujeto. La conciencia del defecto puede llevar a estos individuos a evitar las situaciones laborales y sociales.

Síntomas y trastornos asociados

Estos individuos pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando su «defecto» ante el espejo o ante cualquier superficie reflectante como escaparates, cristales delanteros de automóviles, relojes, etc. Algunos individuos usan gafas de aumento para poder observar mejor su «defecto». Puede existir un comportamiento de limpieza y aseo excesivo (p. ej., corte y peinado del cabello, maquillaje ritualizado, limpieza de la piel, etc.). Los comportamientos de comprobación y de aseo se ejecutan para disminuir la ansiedad producida por el defecto, pero a menudo provocan el resultado contrario. En consecuencia, hay sujetos que evitan mirarse al espejo y llegan a tapar los espejos o a retirarlos de su sitio; otros, en cambio, alternan períodos de observación excesiva con períodos de evitación. Estas personas solicitan con frecuencia informaciones tranquilizadoras sobre su defecto, pero, cuando las consiguen, el alivio es sólo temporal. Comparan continuamente las partes de su cuerpo que no les gustan con las de otros individuos. También son habituales las ideas de referencia relacionadas con el defecto imaginario. Las personas que padecen este trastorno creen a menudo que la gente se da cuenta de su supuesto defecto, habla de él y se burla. Algunos llegan a «esconder» el defecto (p. ej., dejándose crecer la barba para tapar cicatrices imaginarias, usando sombrero para cubrir una pérdida de pelo imaginaria o rellenando los calzoncillos para aumentar el tamaño de un pene «pequeño»). Otros individuos pueden estar excesivamente preocupados y temer que la parte «fea» de su cuerpo no funcione de forma adecuada, sea extremadamente frágil o esté en peligro constante de sufrir algún daño.

La evitación de las actividades habituales puede conducir a un aislamiento social extremo. En algunos casos los individuos salen de su casa sólo por las noches (cuando no pueden ser vistos) o permanecen en ella durante largo tiempo, a veces incluso años. Las personas con este trastorno pueden abandonar la escuela, evitar entrevistas profesionales, mantenerse en trabajos por debajo de su nivel e incluso dejar de trabajar. Asimismo, pueden tener pocas amistades, evitar las citas u otras situaciones sociales, tener problemas matrimoniales o divorciarse debido a sus síntomas. Es posible que el malestar o el deterioro asociados al trastorno (aunque variables) lleven a hospitalizaciones repetidas, a ideación suicida, a intentos de suicidio y a suicidios consumados. Los sujetos buscan y reciben tratamientos médicos generales, odontológicos y quirúrgicos con el fin de corregir sus defectos. Estos tratamientos pueden empeorar el trastorno, ocasionando la aparición de nuevas y más intensas preocupaciones, que a su vez llevan a nuevos procedimientos terapéuticos sin éxito, con lo que estas personas pueden llegar a tener narices, oídos, pechos y caderas «sintéticos», que siguen sin ser de su agrado. El trastorno dismórfico corporal puede asociarse al trastorno depresivo mayor, al trastorno delirante, a la fobia social y al trastorno obsesivo-compulsivo.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Las valoraciones de tipo cultural sobre el aspecto físico pueden influir o amplificar las preocupaciones del individuo sobre un defecto físico imaginario. Los datos preliminares sugieren que

el trastorno dismórfico corporal se diagnostica aproximadamente con la misma frecuencia en varones y mujeres.

Prevalencia

No se dispone de información fiable, pero el trastorno dismórfico corporal puede ser más frecuente de lo que antes se pensaba.

Curso

El trastorno dismórfico corporal se inicia generalmente en la adolescencia, pero puede pasar desapercibido durante muchos años debido a que con frecuencia los individuos con este trastorno no quieren revelar sus síntomas. El inicio puede ser gradual o repentino; el curso es continuo, con pocos intervalos sin síntomas, a pesar de que su intensidad puede presentar altibajos. La parte del cuerpo en la que se centra la preocupación puede ser siempre la misma o variar con el tiempo.

Diagnóstico diferencial

A diferencia de las **preocupaciones normales sobre el aspecto físico**, en el trastorno dismórfico éstas hacen perder una cantidad de tiempo excesiva y están asociadas a malestar significativo o a deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Sin embargo, este trastorno puede pasar desapercibido en contextos en los que se llevan a cabo actividades cosméticas.

No debe diagnosticarse el trastorno dismórfico corporal si la preocupación se explica mejor por la presencia de **otro trastorno mental**, si se limita a preocupaciones sobre el peso, como en la **anorexia nerviosa**; a malestar o sensación de inadecuación por las características sexuales primarias y secundarias, como en el **trastorno de la identidad sexual**, o a pensamientos (congruentes con el estado de ánimo) sobre la apariencia física, presentes exclusivamente en un **episodio depresivo mayor**. Los individuos con **trastorno de la personalidad por evitación o con fobia social** pueden preocuparse por defectos reales en su aspecto físico, pero esta preocupación no es habitualmente intensa, persistente, angustiada o incapacitante ni les hace consumir un tiempo excesivo. A pesar de que las personas con este trastorno presentan preocupaciones obsesivas por su aspecto físico y comportamientos compulsivos asociados (p. ej., comprobaciones repetidas ante el espejo), sólo debe realizarse el diagnóstico de **trastorno obsesivo-compulsivo** cuando las obsesiones o las compulsiones no se limiten exclusivamente a la preocupación por el aspecto físico.

Los sujetos con trastorno dismórfico corporal pueden recibir el diagnóstico adicional de **trastorno delirante, tipo somático**, si la preocupación por el defecto imaginario en su aspecto físico llega a tener una intensidad delirante. El **koro** es un síndrome ligado a la cultura, propio del sudeste asiático, que puede estar relacionado con el trastorno dismórfico corporal. Se caracteriza por la preocupación de que el pene se encoja progresivamente, se introduzca en la cavidad abdominal y acabe produciendo la muerte. Este trastorno se diferencia del trastorno dismórfico corporal por el hecho de que habitualmente es de corta duración, por sus síntomas asociados (ansiedad primaria aguda y miedo a la muerte), por una respuesta positiva a las explicaciones racionales y porque a veces se presenta en forma «epidémica».

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 no contiene una categoría aislada para describir el trastorno dismórfico corporal; en vez de ello, propone una única tabla de criterios diagnósticos que puede aplicarse tanto a la hipocondría como al trastorno dismórfico corporal (bajo término común de trastorno hipocondríaco).

■ Criterios para el diagnóstico de F45.2 Trastorno dismórfico corporal [300.7]

- A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia ner-

F45.9 Trastorno somatomorfo no especificado [300.81]

En esta categoría se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios para un trastorno somatomorfo específico. Los ejemplos incluyen:

1. Seudociesis: creencia errónea de estar embarazada, con signos objetivos de embarazo como agrandamiento de la cavidad abdominal (sin protrusión umbilical), flujo menstrual reducido, amenorrea, sensación subjetiva de movimientos fetales, náuseas, secreciones y congestión mamarias y dolores «apropiados» el día esperado del parto. Puede haber cambios de tipo endocrino, pero el síndrome no puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica causante de alteraciones endocrinas (p. ej., tumor secretor de hormonas).
2. Un trastorno que implique síntomas hipocondríacos no psicóticos de menos de 6 meses de duración.
3. Un trastorno con síntomas físicos no explicados (p. ej., cansancio o debilidad muscular) de menos de 6 meses de duración que no sea debido a otro trastorno mental.

Trastornos facticios

Los trastornos facticios se caracterizan por síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente, con el fin de asumir el papel de enfermo. La apreciación de que un síntoma se ha producido de manera intencionada es posible tanto por comprobación directa como por la exclusión de otras causas. Por ejemplo, un individuo que acude por hematuria y se descubre que tiene anticoagulantes y niega haberlos tomado, mientras los análisis de sangre demuestran lo contrario. Cabe pensar, pues, que si no existe prueba alguna de ingestión accidental, el paciente ha ingerido intencionadamente este tipo de fármacos. Debe reseñarse que la presencia de síntomas facticios no excluye la coexistencia de síntomas físicos o psicológicos verdaderos.

Los trastornos facticios son distinguibles de los actos de simulación. En la simulación el «paciente» también produce los síntomas de modo intencionado, pero su objetivo es fácilmente reconocible cuando se conocen sus circunstancias. Por ejemplo, la producción de síntomas de manera intencionada para evitar una vista judicial o la incorporación al Servicio Militar. De manera semejante, un enfermo mental hospitalizado puede simular la agravación de su enfermedad para evitar su traslado a otra institución menos deseable, produciendo así un acto de simulación. En cambio, en el trastorno facticio existe una necesidad psicológica de asumir el papel de enfermo, tal como se pone de manifiesto por la ausencia de incentivos externos para tal comportamiento. Mientras que un acto de simulación puede considerarse adaptativo bajo ciertas circunstancias (p. ej., en situaciones hostiles), por definición, el diagnóstico de trastorno facticio implica siempre un determinado grado de psicopatología.

F68.1 Trastorno facticio [300.xx]

La característica esencial de este trastorno es la producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos (Criterio A). La sintomatología puede ser inventada (p. ej., cuando el paciente se queja de dolor abdominal sin padecerlo), autoinfligida (p. ej., en el caso de abscesos producidos por la inyección de saliva debajo de la piel), puede ser una exageración o exacerbación de un trastorno físico preexistente (p. ej., la simulación de un ataque de *grand mal* cuando se poseen antecedentes de crisis epilépticas), o puede ser una combinación o variación de todas las anteriores. Para que se produzca este trastorno, el paciente debe asumir totalmente el papel de enfermo (Criterio B). Además, no hay incentivos externos que justifiquen los síntomas (p. ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como en los actos de simulación) (Criterio C).

Las personas que presentan este trastorno por lo general explican su historia con un aire extraordinariamente dramático, pero en cambio son sumamente vagas e inconsistentes cuando se les pregunta con más detalle. El paciente suele dejarse llevar por una tendencia a mentir incontrola-

ble y patológica, que llama la atención del entrevistador y que se refiere a cualquier aspecto de su historia o síntomas (p. ej., seudología fantástica). A menudo, estos pacientes tienen un amplio conocimiento de la terminología médica y de las rutinas hospitalarias. Son muy frecuentes las quejas de dolor y las demandas de analgésicos. Después de que una intensa exploración de sus principales molestias haya resultado negativa, a menudo empiezan a quejarse de otros problemas físicos y producen más síntomas facticios. Las personas que padecen este trastorno suelen ser objeto de múltiples exploraciones e intervenciones quirúrgicas. Cuando se encuentran en el hospital tienen por lo general muy pocos visitantes. En ocasiones, es posible sorprender al individuo en el momento en que produce sus síntomas facticios (p. ej., el individuo es reconocido por otra persona que coincidió con él en una anterior visita al médico; o se confirma la presencia del mismo individuo en diferentes hospitales por sintomatología facticia). Cuando se les confronta con la evidencia de sus síntomas facticios, estos pacientes o bien los niegan, o abandonan rápidamente el hospital, incluso en contra de la prescripción médica. Con mucha frecuencia suelen ser admitidos en otro hospital el mismo día. El curso de sus hospitalizaciones a menudo les lleva a numerosas ciudades, estados y países.

Subtipos

El trastorno facticio se codifica según el subtipo que mejor refleja los síntomas predominantes.

Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos [300.16]. Este subtipo consiste en un cuadro clínico en el que predominan los signos y síntomas psicológicos. La sintomatología esencial de este trastorno consiste en la producción intencionada o el fingimiento de síntomas psicológicos (a menudo psicóticos), sugerentes de enfermedad mental. El objetivo aparente del individuo es el de asumir el papel de «paciente» y, por otro lado, no es comprensible a la luz de sus circunstancias ambientales (a diferencia de lo que ocurre en el caso de la simulación). El trastorno se reconoce a menudo por un amplio cortejo de síntomas que muy frecuentemente no se corresponden con un patrón sindrómico típico, que tienen un curso clínico y una respuesta terapéutica inusual, y que empeoran cuando el individuo es consciente de que es observado. Este tipo de pacientes suelen quejarse de depresión y de ideación suicida debido a la muerte del cónyuge (muerte que no es confirmada por los familiares), pérdida de memoria (reciente y remota), alucinaciones (auditivas y visuales) y síntomas de disociación. Estas personas suelen ser extremadamente sugestionables y admiten tener la mayor parte de los síntomas que el entrevistador cita. Por el contrario, también puede ser que se trate de individuos extremadamente negativistas y poco colaboradores con la entrevista. La sintomatología psicológica revela, por lo general, el concepto que el paciente tiene de enfermedad mental y, por tanto, puede ser que no coincida con ninguna de las categorías diagnósticas conocidas.

Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas físicos [300.19]. Este subtipo consiste en un cuadro clínico en el que predominan los signos y síntomas de una aparente enfermedad física. Casi la vida entera del sujeto consiste en intentar ingresar o permanecer en los hospitales (síndrome de Munchausen). Los cuadros clínicos más frecuentes suponen, por ejemplo, intenso dolor en el cuadrante inferior derecho, asociado a náuseas y vómitos, mareos y pérdidas de conciencia, hemoptisis masivas, erupciones generalizadas y abscesos, fiebres de origen indeterminado, hemorragias secundarias a la ingestión de anticoagulantes y síndromes parecidos al lupus. Todos los sistemas orgánicos son blancos potenciales, y la presentación de los síntomas sólo está delimitada por los conocimientos médicos, la sofisticación y la imaginación del individuo.

Trastornos facticios con combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos [300.19]. Este subtipo consiste en un cuadro clínico en el que aparece una combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos, pero ninguno de ellos predomina sobre los otros.

Síntomas y trastornos asociados

En los trastornos facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos los sujetos tienden a contestar a las preguntas con respuestas aproximadas (p. ej., si al individuo se le pide que multiplique 8 por 8, la respuesta puede ser 65). El individuo puede utilizar en secreto sustancias psicoactivas con el propósito de producir síntomas que sugieran un trastorno mental. Así, puede utilizar estimulantes para producir inquietud o insomnio, alucinógenos para producir alteraciones de la percepción, analgésicos para producir euforia e hipnóticos para provocar letargia). Las combinaciones de todas estas sustancias pueden producir cuadros muy extravagantes.

Los individuos que padecen trastornos facticios con predominio de signos y síntomas físicos pueden consumir sustancias de manera abusiva, como, por ejemplo, analgésicos y sedantes. Las hospitalizaciones múltiples conducen frecuentemente a trastornos físicos yatrogénicos como la formación de tejidos cicatrizales debidos a intervenciones quirúrgicas innecesarias o reacciones adversas a fármacos. Los individuos que presentan la forma crónica del trastorno pueden llegar a tener un abdomen prácticamente en forma de «reja» debido a las múltiples intervenciones quirúrgicas. Este trastorno es incompatible con el hecho de que el individuo mantenga un empleo fijo, lazos familiares o que pueda establecer relaciones interpersonales duraderas. Entre los factores predisponentes se encuentran los trastornos físicos verdaderos durante la infancia o la adolescencia que conducen a un tratamiento médico extenso o a hospitalizaciones repetidas; la animadversión hacia la clase médica; hacia las profesiones relacionadas con la medicina; la presencia de un trastorno de la personalidad grave, y alguna relación importante con algún médico en el pasado.

Prevalencia

Existen pocos datos sobre la prevalencia de este trastorno. A pesar de que se trata de una alteración que raras veces se diagnostica, es posible que muchas veces no se identifique. Por otra parte, los casos que presentan la forma crónica pueden ser sobrevalorados debido a que son tratados por médicos diferentes en hospitales también diferentes e incluso bajo nombres diferentes. El trastorno es en apariencia más frecuente en los varones.

Curso

El curso de los trastornos facticios puede ser de uno o más episodios, pero generalmente es crónico. El comienzo de la enfermedad tiene lugar en los primeros años de la vida adulta y a menudo coincide con una hospitalización por una enfermedad física identificable o algún trastorno mental. En la forma crónica del trastorno las sucesivas hospitalizaciones se transforman casi en un verdadero estilo de vida.

Diagnóstico diferencial

El trastorno facticio debe distinguirse de la **enfermedad física verdadera** y del **trastorno mental verdadero**. Las sospechas deben despertarse en seguida cuando se produzca cualquier

combinación de los síntomas siguientes en una persona hospitalizada: un cuadro clínico dramático o atípico que no pertenece a una enfermedad física o mental identificable, síntomas o comportamientos que aparecen cuando el individuo es observado, pseudología fantástica, comportamiento antisocial en la sala de hospitalización (p. ej., falta de cumplimiento de las reglas y normas hospitalarias, discusiones excesivas con las enfermeras y médicos), conocimiento excesivo de la terminología médica y rutinas hospitalarias, consumo encubierto de fármacos, múltiples intervenciones terapéuticas (p. ej., cirugía, electroshock), historia intensa de viajes, pocos o ningún visitante durante la hospitalización y curso clínico fluctuante con producción rápida de «complicaciones» o de nueva «patología» una vez las exploraciones iniciales resultan negativas.

En los **trastornos somatomorfos** existen también molestias físicas no debidas a un trastorno físico verdadero, pero los síntomas no se han producido intencionadamente. La **simulación** se diferencia del trastorno facticio en que existe un incentivo externo. Los simuladores pueden buscar la hospitalización produciéndose síntomas en un intento por obtener compensaciones, escapar de la policía o simplemente tener una cama para dormir. Sin embargo, en este caso, los objetivos son generalmente aparentes y los pacientes pueden «detener» los síntomas cuando ya no les son útiles.

Relación de los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales para el trastorno facticio.

■ Criterios para el diagnóstico de F68.1 Trastorno facticio [300.xx]

- A. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.
- B. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.
- C. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).

Especificar el tipo:

Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos [300.16]: si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los psicológicos

Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas físicos [300.19]: si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los físicos

Trastornos facticios con signos y síntomas psicológicos y físicos [300.19]: si existe una combinación de signos y síntoma psicológicos y físicos sin que en el cuadro clínico predominen unos sobre otros

F68.1 Trastorno facticio no especificado [300.19]

En este subtipo deben constar los trastornos facticios que no pueden clasificarse en ninguna de las categorías específicas anteriores. Por ejemplo, el individuo que simula o produce signos o síntomas físicos o psicológicos a otra persona que se encuentra bajo su custodia, con el propósito de asumir indirectamente el papel de enfermo (v. pág. 741 para los criterios sugeridos).

Trastornos disociativos

La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. En esta sección se incluyen los siguientes trastornos:

La **amnesia disociativa** se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

La **fuga disociativa** se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra identidad nueva.

El **trastorno de identidad disociativo** (antes personalidad múltiple) se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

El **trastorno de despersonalización** se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de la realidad.

El **trastorno disociativo no especificado** se incluye para codificar trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico.

También hay síntomas disociativos en los criterios establecidos para el trastorno por estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de somatización. Cuando los síntomas disociativos se presentan exclusivamente en alguno de estos tres trastornos, no es necesario establecer el diagnóstico de trastorno disociativo adicional. En algunas clasificaciones la reacción de conversión se considera un fenómeno disociativo; sin embargo, en el DSM-IV el trastorno de conversión se incluye en el capítulo de trastornos somatomorfos, para subrayar la importancia del diagnóstico diferencial con las enfermedades neurológicas o médicas.

Para la evaluación de los trastornos disociativos debe tenerse en cuenta la perspectiva intercultural, ya que estos trastornos son una expresión frecuente y aceptada de las actividades culturales y de las costumbres religiosas de muchas sociedades. El trastorno disociativo no siempre debe considerarse patológico por sí mismo, ya que generalmente no produce malestar ni deterioro, ni induce a la búsqueda de ayuda. Sin embargo, existe un número importante de síndromes definidos culturalmente, que se caracterizan por disociación, que provocan malestar y deterioro, y que son reconocidos por los individuos de una cultura determinada como manifestaciones patológicas (v. págs. 743 y 861).

F44.0 Amnesia disociativa [300.12] (*antes amnesia psicógena*)

Características diagnósticas

La característica esencial de la amnesia disociativa consiste en una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario (Criterio A). En este trastorno se produce una alteración reversible de la memoria que impide al paciente recordar verbalmente experiencias previas (o que, en el caso de recordarlas temporalmente, no pueden retenerse por completo en la conciencia). La alteración no se presenta exclusivamente en el transcurso de un trastorno de identidad disociativo, de la fuga disociativa, el trastorno por estrés postraumático o el trastorno por estrés agudo, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a otra enfermedad neurológica o médica (Criterio B). Los síntomas deben provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otro tipo (Criterio C).

La amnesia disociativa consiste, en la mayor parte de las veces, en uno o más episodios de imposibilidad para recordar acontecimientos de la vida del individuo. Estos episodios suelen aparecer tras acontecimientos traumáticos o situaciones muy estresantes. Algunas personas presentan este tipo de amnesia en episodios de automutilación, de explosión de violencia o de intentos de suicidio. La amnesia disociativa puede presentarse, aunque no muy a menudo, de manera repentina. Es más probable que esta forma aguda de amnesia tenga lugar durante un acontecimiento bélico o después de una catástrofe natural.

En la amnesia disociativa se han descrito varios tipos de alteración de la memoria. En la *amnesia localizada* el individuo no puede recordar los acontecimientos que se han presentado durante un período de tiempo circunscrito, por lo general las primeras horas que siguen a un acontecimiento profundamente perturbador (p. ej., es posible que el superviviente ileso de un accidente de coche en el que ha muerto uno de sus familiares no recuerde nada de lo que ha ocurrido desde el momento del accidente hasta 2 días más tarde). En la *amnesia selectiva* el individuo puede recordar algunos (aunque no todos) acontecimientos que se han presentado durante un período de tiempo circunscrito (p. ej., un veterano de guerra puede recordar sólo alguna parte de los hechos vividos en los combates). Los otros tres tipos siguientes de amnesia: generalizada, continua y sistematizada, son menos frecuentes, pero también son importantes. En la *amnesia generalizada* la imposibilidad de recordar abarca toda la vida del individuo. Las personas con este extraño trastorno acuden generalmente a la policía, al servicio de urgencias, o al hospital general. La *amnesia continua* se define como la incapacidad para recordar acontecimientos que ha tenido lugar desde un momento determinado hasta la actualidad. La *amnesia sistematizada* es una pérdida de memoria para ciertos tipos de información, como los recuerdos relacionados con la propia familia o con alguien en particular. Los individuos que presentan estos tres últimos tipos de amnesia disociativa pueden acabar siendo diagnosticados de una forma más compleja de trastorno disociativo (p. ej., trastorno de identidad disociativo).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Algunos individuos que padecen amnesia disociativa presentan síntomas depresivos, despersonalización, estados de trance, analgesia y regresión. Cuando se les pide que sumen 2 y 2 responden 5, es decir, las respuestas que dan suelen ser aproximadas e inexactas, al igual que sucede en el síndrome de Ganser. Otros síntomas que pueden acompañar a este trastorno son disfunciones sexuales, deterioro de las relaciones laborales e interpersonales, automutilación, impulsos agresivos e ideación y actos suicidas.

Asimismo, puede haber síntomas que cumplan criterios para el trastorno de conversión, los trastornos del estado de ánimo o los trastornos de la personalidad.

Hallazgos de laboratorio. Las personas con este trastorno son fácilmente hipnotizables, como se demuestra con los tests apropiados.

Síntomas dependientes de la edad

Es especialmente difícil diagnosticar este trastorno en la niñez, ya que puede confundirse con ansiedad, inatención, comportamientos de oposición, trastornos del aprendizaje, alteraciones psicóticas y la amnesia infantil propia del desarrollo (p. ej., la dificultad para recordar acontecimientos vividos antes de los 5 años de edad). Es necesario entonces que diferentes examinadores (maestros, terapeutas, visitantes sociales) evalúen a estos niños.

Prevalencia

En los últimos años se ha observado en Estados Unidos un incremento de los casos de amnesia disociativa relacionados con traumas infantiles olvidados. Este aumento se ha interpretado de diferentes maneras; hay quien piensa que el mayor conocimiento por parte de los profesionales ha posibilitado la identificación de casos que antes no eran diagnosticados. Por el contrario, otros piensan que este síndrome se sobrediagnostica en las personas que son muy sugestionables.

Curso

Este trastorno se puede presentar a cualquier edad, desde la infancia hasta la edad adulta. La manifestación primordial en la mayoría de los individuos es la presencia de lagunas de memoria retrospectivas. La duración de los episodios de amnesia puede comprender desde minutos hasta años. El individuo puede explicar un solo episodio de amnesia, aunque frecuentemente suele ser dos o tres. Quienes han padecido un episodio de amnesia disociativa pueden presentar una mayor predisposición a sufrir más episodios después de vivir acontecimientos traumáticos. La amnesia de tipo agudo desaparece a veces espontáneamente si se aparta al individuo de la situación que ha originado el trastorno (p. ej., un soldado en combate, con amnesia localizada, puede recobrar la memoria si se aleja del campo de batalla). Los individuos que padecen amnesia de tipo crónico recobran en ocasiones la memoria gradualmente. Otros desarrollan una forma crónica de amnesia.

Diagnóstico diferencial

La amnesia disociativa debe diferenciarse del **trastorno amnésico debido a enfermedad médica**, en la que la amnesia es consecuencia directa de una alteración neurológica específica o de otra enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, epilepsia) (pág. 165). La historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física son imprescindibles para establecer este diagnóstico. En el **trastorno amnésico debido a traumatismo craneal** la alteración de la memoria, aunque circunscrita, es a menudo de tipo retrógrado, abarcando un período de tiempo anterior al traumatismo. Existen frecuentemente antecedentes de traumatismo físico, de pérdida de conciencia o de lesión cerebral. Por el contrario, en la amnesia disociativa la dificultad para recordar es casi siempre de tipo anterógrado (p. ej., la pérdida de memoria se circunscribe al período de tiem-

po posterior a la lesión). Mediante la hipnosis puede diagnosticarse el tipo poco frecuente de amnesia disociativa con pérdida retrógrada de memoria. La pronta recuperación de la memoria sugiere una base disociativa del trastorno. En la **epilepsia** la alteración de la memoria se inicia de modo repentino, puede acompañarse de alteraciones motoras, y en los EEG se obtienen registros típicamente anormales. En el **estado confusional** y en la **demencia** la pérdida de memoria referente a asuntos personales se encuentra inmersa en un marco general de deterioro cognoscitivo, lingüístico, afectivo, perceptual, comportamental y atento. Por el contrario, en la amnesia disociativa la pérdida de memoria afecta fundamentalmente a información autobiográfica, mientras que las capacidades cognoscitivas se encuentran generalmente preservadas. La amnesia asociada a una enfermedad médica es habitualmente irreversible.

La amnesia disociativa debe diferenciarse de la pérdida de memoria asociada al consumo de sustancias o fármacos. El **trastorno amnésico persistente inducido por sustancias** debe diagnosticarse siempre que exista la certeza de que la pérdida de la memoria está relacionada con los efectos psicológicos directos de la sustancia (p. ej., drogas o fármacos) (pág. 167). Mientras que en la amnesia disociativa se encuentra conservada la capacidad para registrar nuevos recuerdos, en el trastorno amnésico inducido por sustancias existe un deterioro de la memoria a corto plazo (p. ej., el individuo puede recordar los acontecimientos inmediatamente después de tener lugar, pero no puede hacerlo después de unos pocos minutos). La amnesia disociativa se puede diferenciar de la pérdida de memoria asociada a la **intoxicación por sustancias** (p. ej., *blackouts*) debido a que en este último trastorno existe, como su nombre indica, una asociación de pérdida de la memoria con intoxicación por sustancias, así como porque este tipo de amnesia es por lo general irreversible.

El síntoma de amnesia disociativa es característico tanto de la fuga disociativa como del trastorno de identidad disociativo. Por esta razón, si la amnesia aparece exclusivamente en la **fuga disociativa** o en el **trastorno de identidad disociativo**, no debe efectuarse el diagnóstico de amnesia disociativa. Teniendo en cuenta que la despersonalización es un síntoma asociado a la amnesia disociativa, si su presencia se detecta sólo durante el curso de este trastorno, no es correcto realizar por separado un diagnóstico de **trastorno de despersonalización**.

En el **trastorno por estrés postraumático** y en el **trastorno por estrés agudo** puede existir amnesia del acontecimiento traumático. De manera semejante, los síntomas disociativos del tipo de la amnesia forman parte de los criterios diagnósticos para el **trastorno de somatización**. No se diagnostica amnesia disociativa si este trastorno tiene lugar exclusivamente durante el curso de los trastornos anteriormente citados.

No existe prueba o procedimiento algunos para diferenciar la amnesia disociativa de la **simulación**, pero cabe decir que los individuos que presentan amnesia disociativa generalmente puntúan alto en las escalas estándar de hipnosis y en la capacidad disociativa. La amnesia simulada es más frecuente en las personas con sintomatología aguda y florida, que se encuentran en un contexto en el que la ganancia secundaria potencial es evidente (p. ej., problemas económicos o legales, deseo de evitar el combate, a pesar de que una amnesia verdadera puede estar asociada a estos factores estresantes).

Hay que tener mucho cuidado a la hora de evaluar la exactitud de los recuerdos recuperados, ya que este tipo de personas suele ser muy sugestionable. La amnesia relacionada con abusos físicos o sexuales (particularmente cuando los abusos han tenido lugar en la primera infancia) ha suscitado siempre muchas polémicas. Algunos clínicos opinan que habitualmente estos acontecimientos tienden a infravalorarse porque las víctimas son niños y los culpables lo niegan o dan una versión diferente de sus actos. Sin embargo, otros clínicos dudan de la incidencia aparentemente elevada de estos abusos, debido a la poca fiabilidad de los recuerdos de la infancia. Actualmente no existe método alguno para establecer con exactitud la veracidad de estos recuerdos en ausencia de pruebas que los corroboren.

La amnesia disociativa debe diferenciarse también de la pérdida de memoria relacionada con

el **deterioro cognoscitivo relacionado con la edad** y de las **formas no patológicas de amnesia** que incluyen la pérdida de memoria cotidiana, la amnesia post-herpética, la amnesia infantil y la amnesia producida por el sueño y los sueños. La amnesia disociativa puede diferenciarse de los lapsos de memoria normales por la naturaleza intermitente e involuntaria de la incapacidad para recordar y por la presencia de malestar o deterioro significativos.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para los trastornos disociativos exigen la demostración de «asociaciones temporales convincentes entre el inicio de los síntomas del trastorno y la aparición de los acontecimientos, problemas o necesidades de carácter estresante». En los criterios diagnósticos que establece el DSM-IV se comenta que la información olvidada suele ser de naturaleza estresante o traumática.

■ Criterios para el diagnóstico de F44.0 Amnesia disociativa [300.12]

- A. La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.
- B. La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno de identidad disociativo, en la fuga disociativa, en el trastorno por estrés postraumático, en el trastorno por estrés agudo o en el trastorno de somatización, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica o neurológica (p. ej., trastorno amnésico por traumatismo craneal).
- C. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F44.1 Fuga disociativa [300.13] (*antes fuga psicógena*)

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar alguna parte o la totalidad del pasado del individuo (Criterio A). Todo esto se acompaña de confusión sobre la identidad personal e incluso de la asunción de una nueva identidad (Criterio B). Esta alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de identidad disociativo y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica (Criterio C). Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro de la actividad social o laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D).

Los viajes que realizan estos enfermos pueden durar muy poco tiempo (p. ej., horas o días), o, por el contrario, consistir en largos períodos de vagabundeo sin rumbo (p. ej., semanas o meses). En algunos casos los sujetos llegan a recorrer muchos países y viajar miles de kilómetros. Duran-

te las fugas, parece que los enfermos no presentan tipo alguno de psicopatología y por esto no llaman la atención. Algunas veces son llevados al médico porque presentan amnesia para acontecimientos recientes o porque son incapaces de recordar su identidad. Después de la recuperación puede existir amnesia para los acontecimientos que han tenido lugar durante las fugas.

La mayoría de las fugas no implican la asunción de una nueva identidad. Si ésta se produce, normalmente se caracteriza por presentar rasgos más afiliativos y más desinhibidos que los que caracterizaban a la personalidad anterior. En tales casos, el individuo puede darse a sí mismo un nuevo nombre, elegir una nueva residencia y dedicarse a actividades sociales complejas que estén bien integradas y que no sugieren la presencia de un trastorno mental.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Cuando el individuo vuelve al estado en que se encontraba antes del episodio de fuga disociativa, puede aparecer una amnesia para los acontecimientos traumáticos vividos en el pasado (p. ej., al finalizar una fuga de larga duración, un soldado no recuerda los acontecimientos que sucedieron durante la guerra, en la cual falleció su mejor amigo). En este trastorno pueden aparecer depresión, disforia, duelo, vergüenza, sentimientos de culpa, estrés psicológico, conflictos e impulsos agresivos y suicidas. Tal y como ocurre en el síndrome de Ganser, el individuo contesta a las preguntas con respuestas aproximadas e inexactas (p. ej., 2 y 2 suman 5). La magnitud y la duración de la fuga pueden hacer que el individuo pierda su empleo o tenga problemas personales o familiares. Las personas con este trastorno pueden sufrir además de trastornos del estado de ánimo, trastorno por estrés post-traumático o trastornos por consumo de sustancias.

Síntomas dependientes de la cultura

Los individuos que presentan síndromes definidos culturalmente como «síndromes de huida» (p. ej., *pibloktoq* entre los nativos del Ártico, *grisi siknis* entre los miskitos de Honduras y Nicaragua, la brujería del «frenesí» de los navajos y algunas formas de *amok* en el oeste del Pacífico) pueden manifestar también síntomas que cumplan los criterios diagnósticos de fuga disociativa. Se trata de alteraciones que consisten en una hiperactividad de inicio brusco, en estados parecidos al trance, en un comportamiento potencialmente peligroso (correr o huir), hasta un estado de agotamiento, sueño y amnesia del episodio (v. también Trastorno disociativo de trance, en el apéndice B, página 743).

Prevalencia

Este trastorno tiene una prevalencia del 0,2 % en la población general, porcentaje que puede aumentar durante los tiempos de guerra o en los desastres naturales.

Curso

El inicio de la fuga disociativa se encuentra normalmente asociado a acontecimientos traumáticos o estresantes. La mayoría de los casos afectan a adultos y, en general, se documentan con más frecuencia episodios únicos, que pueden durar desde horas hasta meses. La recuperación suele ser rápida, pero en algunos casos el trastorno persiste bajo la forma de amnesia disociativa refractaria.

Diagnóstico diferencial

La fuga disociativa debe diferenciarse de los síntomas que son **efecto fisiológico directo de una enfermedad médica** (p. ej., traumatismo craneal) (v. pág. 171). Para ello es necesario basarse en la historia clínica, en las pruebas de laboratorio y en la exploración física. Se ha observado que las personas que sufren **crisis parciales complejas** pueden presentar, tanto durante las crisis comiciales como después de ellas, un comportamiento semiintencionado, o desorientado (con amnesia posterior). No obstante, una fuga epiléptica puede reconocerse porque el individuo que la experimenta presenta además aura, trastornos motores, comportamientos estereotipados, alteraciones de la percepción, estado postictal y hallazgos anormales en los EEG. Todos los síntomas que son efecto fisiológico directo de una enfermedad médica deben diagnosticarse como **trastorno mental no especificado** debido a enfermedad médica. La fuga disociativa debe distinguirse de los síntomas causados por los **efectos fisiológicos de una sustancia** (v. pág. 198).

Si los síntomas de la fuga se presentan sólo en el transcurso de un **trastorno disociativo de identidad**, no debe establecerse el diagnóstico adicional de fuga disociativa. La **amnesia disociativa** y el **trastorno de despersonalización** no deben diagnosticarse por separado cuando los síntomas amnésicos y de despersonalización se presentan únicamente durante una fuga disociativa. Las huidas y los viajes que se presentan durante un **episodio maniaco** deben diferenciarse de la fuga disociativa. Al igual que sucede en este trastorno, los individuos que presentan un episodio maniaco pueden tener amnesia de algún momento de su vida, especialmente del comportamiento ocurrido durante los estados depresivos o eutímicos. Sin embargo, en un episodio maniaco el viaje que realiza el individuo se asocia a ideas de grandeza o a otros síntomas de manía. Muy a menudo estas personas llaman la atención por su comportamiento inapropiado. Normalmente, no existe asunción de una nueva identidad.

El comportamiento errático puede también observarse en la **esquizofrenia**. En los individuos que padecen este trastorno es a veces difícil averiguar los acontecimientos que tienen lugar durante las fugas debido al lenguaje desorganizado. No obstante, las personas con fuga disociativa no presentan generalmente ninguna psicopatología propia de la esquizofrenia (p. ej., síndromes negativos, ideas delirantes).

Los individuos con fuga disociativa puntúan alto en los tests estándar de hipnotizabilidad. Sin embargo, no existe un test que permita diferenciar con seguridad los síntomas disociativos verdaderos de los simulados. La **simulación** de fugas puede manifestarse en personas que intentan huir de problemas legales, económicos o personales, o en soldados que intentan evitar el combate o los deberes militares desagradables (a pesar de que la fuga disociativa verdadera puede también asociarse a estos acontecimientos). La simulación de síntomas disociativos puede mantenerse incluso durante las entrevistas efectuadas bajo hipnosis o bajo el efecto de barbitúricos. En los contextos forenses el examinador debe considerar siempre la posibilidad de una simulación cuando se aducen historias de fuga. El comportamiento criminal extraño o que obtiene poco beneficio es más compatible con un trastorno disociativo verdadero.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la fuga disociativa exigen la presencia de «amnesia durante el episodio de fuga». Además, también a diferencia del DSM-IV, los criterios de la CIE-10 no requieren la presencia de incapacidad para recordar el pasado durante la fuga o de confusión sobre la identidad personal.

■ Criterios para el diagnóstico de F44.1 Fuga disociativa [300.13]

- A. La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo.
- B. Confusión sobre la identidad personal, o asunción de una nueva identidad (parcial o completa).
- C. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de identidad disociativo y no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o de una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).
- D. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F44.81 Trastorno de identidad disociativo [300.14] (antes personalidad múltiple)

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la existencia de dos o más identidades o estados de la personalidad (Criterio A) que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente (Criterio B). Existe una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario (Criterio C). Esta alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a enfermedad médica (Criterio D). En los niños, los síntomas deben diferenciarse de los juegos fantasiosos o de compañeros de juego imaginarios.

El trastorno de identidad disociativo refleja un fracaso en la integración de varios aspectos de la identidad, la memoria y la conciencia. Cada personalidad se vive como una historia personal, una imagen, una identidad e incluso un nombre distintos. Generalmente hay una identidad primaria con el nombre del individuo, que es pasiva, dependiente, culpable y depresiva. Las identidades alternantes poseen habitualmente diferentes nombres y rasgos que contrastan con la identidad primaria (p. ej., son hostiles, dominantes y autodestructivas). En circunstancias muy concretas el individuo puede asumir determinadas identidades que pueden diferir en la edad, el sexo, el vocabulario, los conocimientos generales y el estado de ánimo. Las identidades alternantes se presentan como si se controlaran secuencialmente, una a expensas de la otra, pudiendo negar el conocimiento entre ellas, ser críticas unas con otras e incluso entrar en conflicto abierto. Ocasionalmente, una o algunas de las identidades más poderosas pueden planificar el tiempo ocupado por las otras. Algunas veces, las identidades hostiles o agresivas pueden interrumpir las actividades o colocar las otras en situaciones desagradables.

Los individuos con este trastorno presentan frecuentemente lapsos de memoria que afectan a su historia personal; estos lapsos pueden ser de memoria remota o de memoria reciente. La amnesia es habitualmente asimétrica. Las identidades más pasivas tienden a mostrar recuerdos más

limitados, mientras que las más hostiles controladoras y «protectoras» son capaces de recuerdos más completos. Sin embargo, una identidad que no esté actuando puede llegar a la conciencia (mediante alucinaciones visuales y auditivas; p. ej., una voz que da instrucciones). La amnesia del individuo puede constatarse por la explicación dada por sus familiares y amigos de los comportamientos observados o por los propios descubrimientos del individuo (p. ej., encontrar ropa que él no recuerda haber comprado). Puede existir pérdida de memoria no sólo durante períodos de tiempo recurrentes, sino también una pérdida total de la memoria correspondiente a gran parte de la infancia. A menudo, el estrés psicosocial produce la transición de una identidad a otra. El tiempo que se requiere para pasar de una identidad a otra es normalmente de unos segundos, pero algunas veces esta transición se realiza gradualmente. El número de identidades que se han podido registrar oscila entre 2 y más de 100. La mitad de los casos documentados hacen referencia a enfermos que presentan 10 o menos de 10 identidades.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Las personas con trastorno de identidad disociativo por lo general refieren haber padecido abusos físicos y sexuales, sobre todo durante la infancia. Sin embargo, la exactitud de estos actos es polémica, ya que los recuerdos de la niñez no son muy fiables y, además, los individuos con este trastorno tienden a ser hipnotizables y especialmente vulnerables a todo lo que puede provocar sugestión. Por otro lado, las personas que han perpetrado los abusos físicos y sexuales tienden a negarlos o a dar una versión diferente. La gente con este trastorno puede manifestar síntomas postraumáticos (p. ej., pesadillas, *flashbacks*, sobresaltos) o un claro trastorno por estrés postraumático. Asimismo, es posible que haya automutilación y comportamiento suicida y agresivo. Algunos individuos presentan un patrón repetido de relaciones con abusos físicos y sexuales. Algunas identidades manifiestan síntomas de conversión (p. ej., pseudoconvulsiones) o muestran capacidades poco habituales para soportar el dolor u otros síntomas físicos. De igual modo, pueden manifestar síntomas que cumplan los criterios para los trastornos del estado de ánimo, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos sexuales, los trastornos del sueño y los trastornos de la conducta alimentaria. La automutilación, la impulsividad y los cambios repentinos y aparatosos en las relaciones de estas personas pueden justificar el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

Hallazgos de laboratorio. Los individuos con trastorno de identidad disociativo obtienen puntuaciones altas en los tests de hipnotizabilidad y de capacidad disociativa. En los diversos estados de identidad se han descrito alteraciones de las funciones fisiológicas (p. ej., diferencias en la agudeza visual y en la tolerancia al dolor, síntomas propios del asma, sensibilidad a los alérgenos y respuesta de la glucosa a la insulina).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Pueden existir cicatrices como consecuencia de las autolesiones y de los abusos físicos. Las personas con este trastorno pueden sufrir migraña u otro tipo de cefaleas, colon irritable y asma.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Se ha sugerido que la alta incidencia de este trastorno en Estados Unidos indica que se trata de una enfermedad ligada a la cultura. Debe irse con mucho cuidado a la hora de diagnosticar este trastorno en los niños preadolescentes, ya que a esta edad las manifestaciones pueden llamar menos la atención que si se producen en la adolescencia o en la edad adulta. El trastorno de identi-

dad disociativo se diagnostica tres a nueve veces más frecuentemente en las mujeres que en los varones; en la infancia la proporción niña/niño es más o menos pareja, aunque la información que se posee al respecto es escasa. Las mujeres tienden a presentar más identidades que los varones (15:8 de promedio).

Prevalencia

El gran aumento de los casos de trastorno de identidad disociativo en Estados Unidos en los últimos años ha sido objeto de diferentes interpretaciones. Hay quien opina que la mayor conciencia del diagnóstico (por parte de los profesionales de la salud mental) ha conducido a la identificación de casos que antes no se diagnosticaban. Por el contrario, hay quien piensa que el síndrome se ha diagnosticado en exceso en los individuos muy sugestionables.

Curso

El trastorno de identidad disociativo parece tener un curso clínico fluctuante, que tiende a ser crónico y recidivante. El tiempo promedio entre la aparición del primer síntoma y el diagnóstico es 6-7 años. Se han descrito tanto cursos episódicos como continuos. El trastorno puede ser menos manifiesto cuando los individuos tienen más de 40 años, pero puede volver a aparecer durante los episodios de estrés, durante los acontecimientos traumáticos o durante el abuso de sustancias.

Patrón familiar

Varios estudios sugieren que el trastorno de identidad disociativo es más frecuente en los parientes de primer grado de los individuos que lo padecen que en la población general.

Diagnóstico diferencial

El trastorno de identidad disociativo debe diferenciarse de los **síntomas debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica** (p. ej., epilepsia) (v. pág. 171). Para realizar este diagnóstico es necesario basarse en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. El trastorno de identidad disociativo debe diferenciarse de los **síntomas disociativos debidos a crisis parciales complejas**, a pesar de que los dos trastornos pueden manifestarse al mismo tiempo. Las crisis comiciales suelen ser generalmente breves (desde 30 seg hasta 5 min) y no presentan la estructura compleja y resistente de las identidades y del comportamiento que se observa en el trastorno de identidad disociativa. Asimismo, es menos usual encontrar antecedentes de abusos físicos y sexuales en las personas con crisis parciales complejas. Los registros electroencefalográficos, especialmente ante la privación del sueño y con derivaciones nasofaríngeas, pueden ayudar a establecer el diagnóstico diferencial.

Los síntomas debidos a los **efectos fisiológicos directos de una sustancia** pueden diferenciarse del trastorno de identidad disociativo por el hecho de que la sustancia (p. ej., drogas o fármacos) se considera etiológicamente relacionada con la alteración (pág. 198).

El diagnóstico de trastorno de identidad disociativo debe prevalecer sobre el de **amnesia disociativa, fuga disociativa y trastorno de despersonalización**. Los individuos con trastorno de identidad disociativo puede diferenciarse de los individuos en trance o con síntomas «de posesión» que

serían diagnosticados de **trastorno disociativo no especificado**) por el hecho de que éstos explican que espíritus y seres ajenos han entrado en su cuerpo y poseen el control absoluto de sus actos.

Existe controversia a la hora de establecer el diagnóstico diferencial entre el trastorno de identidad disociativo y **otros trastornos mentales**, como la **esquizofrenia** y **otros trastornos psicóticos**, el **trastorno bipolar, con ciclación rápida**, los **trastornos de ansiedad**, los **trastornos de somatización** y los **trastornos de la personalidad**. Algunos clínicos opinan que el trastorno de identidad disociativo tiende a infravalorarse (p. ej., la presencia de más de una personalidad de tipo disociativo puede confundirse con un delirio y la comunicación de una personalidad con otra puede confundirse con una alucinación auditiva, llevando así a realizar un diagnóstico erróneo de trastorno psicótico; los cambios de identidad pueden confundirse con fluctuaciones cíclicas del estado de ánimo y con el trastorno bipolar). Por el contrario, hay quien piensa que el trastorno de identidad disociativo se tiende a diagnosticar exageradamente debido al interés de los medios de comunicación por la enfermedad y la naturaleza altamente sugestionable de estos individuos. Los factores que pueden facilitar el diagnóstico del trastorno de identidad disociativo son una clara sintomatología disociativa, con cambios de identidad repentinos, amnesia reversible y puntuaciones elevadas en los tests de disociación e hipnotizabilidad en individuos que no manifiestan síntomas propios de otro trastorno mental.

El trastorno de identidad disociativo debe diferenciarse de la **simulación** en las situaciones en las que puede obtenerse un beneficio económico o legal y de los **trastornos facticios** (en los que se puede observar un comportamiento de búsqueda de ayuda).

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple) figura en la CIE-10 como un ejemplo más de otros trastornos disociativos (de conversión). El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para el trastorno de identidad disociativo prácticamente idénticos.

■ Criterios para el diagnóstico de F44.81 Trastorno de identidad disociativo [300.14]

- A. Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).
- B. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.
- C. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
- D. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica (p. ej., crisis parciales complejas).

Nota: En los niños los síntomas no deben confundirse con juego fantasiosos o compañeros de juego imaginarios.

F48.1 Trastorno de despersonalización [300.6]

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno consiste en la presencia de episodios persistentes o recidivantes de despersonalización, caracterizados por la sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo (Criterio A). El individuo se siente como si fuera un autómatas o estuviera viviendo en un sueño o en una película. Puede existir la sensación de ser un observador externo de los procesos mentales, del propio cuerpo o de una parte de él. Asimismo, hay diversos tipos de anestesia sensorial, ausencia de respuesta afectiva y sensación de pérdida de control de los propios actos (incluido el habla). En enfermo con trastorno de despersonalización mantiene intacto el sentido de la realidad (p. ej., es consciente de que se trata sólo de una sensación y de que no es un autómatas) (Criterio B). La despersonalización es una experiencia común, su diagnóstico debe realizarse sólo cuando la sintomatología sea lo suficientemente grave como para provocar malestar o deterioro de la actividad normal de la persona (Criterio C). Debido a que la despersonalización puede darse en muchos otros trastornos mentales, no se debe realizar un diagnóstico de trastorno de despersonalización si la alteración aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, trastornos de angustia, trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo). Además, este trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica (Criterio D).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Muy a menudo, los individuos con trastorno de despersonalización pueden tener dificultad para describir sus síntomas y miedo de que estas experiencias o sensaciones signifiquen que está «loco». En este trastorno puede haber también sensaciones de desrealización, que son vividas por el sujeto como si el mundo exterior fuera extraño o irreal. El individuo puede percibir una alteración extraña de la forma y el tamaño de los objetos (macropsia o micropsia), y la gente puede parecerle no familiar o inanimada. Otros rasgos asociados con frecuencia son los síntomas de ansiedad, de depresión, los pensamientos obsesivos, las preocupaciones somáticas y la alteración de la sensación subjetiva del paso del tiempo. En algunos casos la pérdida de sentimientos característica de la despersonalización puede hacer pensar en un trastorno depresivo mayor y en otros casos, coexistir con él. Asimismo, la hipocondría y los trastornos relacionados con sustancias pueden coexistir con el trastorno de despersonalización. En las crisis de angustia se observan muy a menudo despersonalización y desrealización; sin embargo, no debe hacerse el diagnóstico de trastorno de despersonalización por separado cuando la despersonalización y la desrealización aparecen exclusivamente en el transcurso de las crisis.

Hallazgos de laboratorio. Los individuos con trastorno de despersonalización pueden mostrar alta hipnotizabilidad y alta capacidad disociativa, según ha podido observarse en los tests estándar.

Síntomas dependientes de la cultura

La despersonalización y desrealización inducidas de forma voluntaria forman parte de las prácticas de meditación y de trance existentes en muchas religiones y culturas, y no deben confundirse con el trastorno de despersonalización.

Prevalencia

No se conoce la prevalencia del trastorno de despersonalización en la población general ni en el contexto clínico. La mitad de la gente adulta ha sufrido alguna vez en la vida un episodio de despersonalización (breve y único), en general causado por un acontecimiento estresante grave. En aproximadamente un tercio de los individuos expuestos a situaciones de peligro que amenacen la vida y en un 40 % de los enfermos hospitalizados por trastorno mental puede darse un episodio transitorio de despersonalización.

Curso

Habitualmente, los individuos con trastorno de despersonalización son tratados en la adolescencia y la edad adulta, aunque el trastorno puede haberse iniciado y no detectado en la infancia. Normalmente, los sujetos que acuden al médico no refieren episodios de despersonalización, sino de ansiedad, pánico o depresión. La duración de los episodios de despersonalización puede ser de muy breve (segundos) o muy persistente (años). La despersonalización subsiguiente a acontecimientos que ponen en peligro la vida del individuo (p. ej., combates militares, accidentes, víctimas de un crimen violento) suele aparecer de manera repentina durante la situación traumática. El curso del trastorno es a veces crónico, aunque marcado por remisiones y exacerbaciones. En la mayoría de las ocasiones las exacerbaciones están relacionadas con acontecimientos estresantes reales o subjetivos.

Diagnóstico diferencial

El trastorno de despersonalización debe diferenciarse de los **síntomas debidos a una enfermedad médica** (p. ej., epilepsia) (v. pág. 171). Para ello, hay que basarse en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. La **despersonalización debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia** se diferencia del trastorno de despersonalización por el hecho de que la sustancia en cuestión se considera etiológicamente relacionada con la despersonalización (v. pág. 198). En la **intoxicación aguda** por o en la **abstinencia** de alcohol o de otras sustancias puede aparecer la despersonalización como síntoma. Por otro lado, el consumo de sustancias puede intensificar los síntomas de un trastorno de despersonalización preexistente. Por lo tanto, para establecer un diagnóstico correcto de trastorno de despersonalización en los individuos con historia de despersonalización inducida por alcohol u otras sustancias debe efectuarse una historia longitudinal sobre el abuso de sustancias y los síntomas de despersonalización.

El trastorno de despersonalización no debe diagnosticarse por separado si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de una crisis de pánico que forma parte de un **trastorno de angustia**, de una **fobia específica**, de una **fobia social** o de un **trastorno por estrés agudo** o **por estrés postraumático**. A diferencia de lo que sucede en la **esquizofrenia**, en este trastorno el sentido de la realidad se encuentra intacto. La pérdida de sentimiento asociada a la despersonalización (por ej., torpor) puede parecerse a la **depresión**. Sin embargo, la pérdida de sentimientos en las personas con trastorno de despersonalización se asocia a manifestaciones de despersonalización (p. ej., el distanciamiento de uno mismo) y se presenta incluso cuando el individuo no se encuentra deprimido.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 recoge una única categoría, el síndrome de despersonalización-desrealización, para englobar todas aquellas presentaciones clínicas caracterizadas por síntomas de despersonalización

o desrealización. En cambio, el DSM-IV sólo categoriza el trastorno de despersonalización e incluye la desrealización como un síntoma asociado.

■ Criterios para el diagnóstico de F48.1 Trastorno de despersonalización [300.6]

- A. Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. ej., sentirse como si se estuviera en un sueño).
- B. Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.
- C. La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El episodio de despersonalización aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

F44.9 Trastorno disociativo no especificado [300.15]

Se incluye esta categoría para los trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo (p. ej., alteración de las funciones normalmente integradas de la conciencia, memoria, identidad, o de la percepción del entorno) que no cumple los criterios para el diagnóstico de trastorno disociativo específico. Los siguientes ejemplos incluyen:

1. Cuadros clínicos similares al trastorno de identidad disociativo que no cumplen todos los criterios para este trastorno. Los ejemplos incluyen los cuadros en los que *a*) no aparecen dos o más estados de identidad distintos, o *b*) no existe amnesia de alguna información personal importante.
2. Presencia, en adultos, de desrealización no acompañada de despersonalización.
3. Estados disociativos que pueden presentarse en individuos que han estado sometidos a períodos de prolongada e intensa persuasión coercitiva (p. ej., lavados de cerebro, modificación del pensamiento o indoctrinación en sujetos cautivos).
4. Trastorno disociativo de trance: alteraciones únicas o episódicas de la conciencia, identidad o memoria propias de ciertos lugares y culturas concretas. Los trances disociativos consisten en una alteración de la conciencia con respuesta disminuida al entorno, o en comportamientos o movimientos estereotipados que se encuentran fuera del control de la persona. El trance de posesión consiste en la sustitución de la identidad personal por otra, atribuida a la influencia de un espíritu, poder, deidad u otra persona, y se encuentra asociado a movimientos estereotipados de tipo involuntario o a amnesia. Los ejemplos incluyen: *amok* (Indonesia), *bebainan* (Indonesia), *latah* (Malasia), *pibloktoq* (Ártico), *ataque de nervios* (América Latina) y *posesión* (India). Este trastorno forma parte de prácticas re-

ligiosas o culturales ampliamente aceptadas en la población (v. pág. 743 para los criterios de investigación).

5. Pérdida de conciencia, estupor o coma, no atribuibles a una enfermedad médica.
6. Pérdida de Ganser: en este trastorno el individuo da respuestas aproximadas a las preguntas (p. ej., 2 y 2 suman 5), y no hay asociación con amnesia disociativa o fuga disociativa.

Trastornos sexuales y de la identidad sexual

En esta sección se describen las disfunciones sexuales, las parafilias y los trastornos de la identidad sexual. Las **disfunciones sexuales** se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (p. ej., deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación sexual (p. ej., trastorno de la excitación sexual en la mujer, trastorno de la erección en el varón), trastornos del orgasmo (p. ej., disfunción orgásmica femenina, disfunción orgásmica masculina, eyaculación precoz), trastornos sexuales por dolor (p. ej., dispareunia y vaginismo), disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada.

Las **parafilias** se caracterizan por impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales. Estos trastornos producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Las parafilias incluyen el exhibicionismo, el fetichismo, el frotteurismo, la pedofilia, el masoquismo sexual, el sadismo sexual, el fetichismo transvestista, el voyeurismo, y la parafilia no especificada.

Los **trastornos de la identidad sexual** se caracterizan por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio sexo.

El **trastorno sexual no especificado** se incluye para codificar trastornos de la actividad sexual que no son clasificables en una de las categorías específicas. Es importante tener en cuenta que las nociones de desviación, de estándares de la función sexual y de conceptos del papel sexual apropiado pueden variar entre las diferentes culturas.

Trastornos sexuales

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases:

1. *Deseo*: Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.
2. *Excitación*: Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en el varón son la tumescencia

peneana y la erección. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.

3. *Orgasmo*: Esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el varón existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen. En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el varón como en la mujer el esfínter anal se contrae de manera rítmica.
4. *Resolución*: Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante ella los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un período de tiempo variable. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de estas fases. Cuando hay más de una disfunción sexual, deben registrarse todas. En los criterios diagnósticos no se intenta especificar la frecuencia mínima de las situaciones, actividades o tipos de contacto sexual en los que puede aparecer la disfunción. Este juicio debe establecerlo el clínico, que ha de tener en cuenta diversos factores como la edad y la experiencia del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad. Las palabras «persistente, recurrente o recidivante» en los criterios diagnósticos señalan la necesidad de un juicio clínico. Si la estimulación sexual es inadecuada en cuanto al tipo, la intensidad o la duración, no debe establecerse el diagnóstico de disfunción sexual que implique la excitación o el orgasmo.

Subtipos

Se describen una serie de subtipos para señalar el inicio, el contexto y los factores etiológicos que se asocian con los trastornos sexuales. Si hay varios trastornos sexuales, es necesario indicar cada uno de los subtipos. Estos subtipos no deben aplicarse al diagnóstico de trastorno sexual debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

Para señalar la naturaleza del inicio del trastorno sexual, puede utilizarse uno de los siguientes subtipos:

De toda la vida. Este subtipo indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la actividad sexual.

Adquirido. Este subtipo indica que el trastorno sexual ha aparecido después de un período de actividad sexual normal.

Para indicar el contexto en el que aparece el trastorno sexual, puede usarse uno de los siguientes subtipos:

General. Este subtipo indica que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.

Situacional. Este subtipo indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros. Aunque en la mayoría de los casos las disfunciones se presentan durante la actividad sexual con una pareja, en otros puede ser apropiado identificar las disfunciones que se presentan durante la masturbación.

Puede usarse uno de los siguientes subtipos para indicar los factores etiológicos asociados al trastorno sexual:

Debido a factores psicológicos. Este subtipo se ha descrito para los casos en los que los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, y las enfermedades médicas y las sustancias no desempeñan ningún papel en su etiología.

Debido a factores combinados. Este subtipo se ha descrito cuando: 1) los factores psicológicos desempeñan un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, y 2) la enfermedad médica o las sustancias contribuyen a la aparición del trastorno, pero no son suficientes para constituir su causa. Cuando una enfermedad médica o el consumo de sustancias (incluso los efectos secundarios de los fármacos) son suficientes como causa del trastorno, debe diagnosticarse trastorno sexual debido a una enfermedad médica (pág. 528) y/o trastorno sexual inducido por sustancias (pág. 532).

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El juicio clínico sobre la presencia de un trastorno sexual debe tener en cuenta la raza, la cultura, la religión y el entorno social del individuo, ya que pueden influir en el deseo sexual, en las expectativas y en las actitudes sobre la actividad sexual. Por ejemplo, en algunas culturas se da menos importancia al deseo sexual de la mujer (especialmente si la fertilidad es la preocupación principal). El proceso de envejecimiento puede ir asociado a una disminución del interés y de la actividad sexual (especialmente en varones), pero hay diferencias muy amplias entre los individuos.

Prevalencia

Hay muy pocos datos epidemiológicos sistemáticos referentes a la prevalencia de los diversos trastornos sexuales, y muestran una gran variabilidad, muy probablemente debido a las diferencias de los métodos de valoración, las definiciones empleadas y las características de la población estudiada.

Diagnóstico diferencial

Si un trastorno sexual está causado exclusivamente por los efectos fisiológicos de una enfermedad médica específica, el diagnóstico debe ser **trastorno sexual debido a una enfermedad médica** (pág. 528). Para ello es necesario basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. Si el trastorno sexual está causado exclusivamente por los efectos fisiológicos de drogas, de fármacos o de exposición a tóxicos, el diagnóstico debe ser **trastorno sexual inducido por sustancias** (pág. 532). El clínico debe interrogar detenidamente sobre la naturaleza y el alcance del consumo de sustancias, fármacos incluidos. Los síntomas que aparecen durante o poco tiempo después (p. ej., en las primeras 4 semanas) de la intoxicación por alguna sustancia o después de la ingestión de algún fármaco pueden ser especialmente indicativos de un trastorno sexual inducido por sustancias según el tipo, la cantidad o la duración de la sustancia consumida.

Si el clínico sabe con certeza que el trastorno sexual es debido tanto a una enfermedad médica como al consumo de sustancias, deben efectuarse los dos diagnósticos (trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias). El diagnóstico de trastorno

sexual con subtipo **debido a factores combinados** debe establecerse si la combinación de factores psicológicos con una enfermedad médica o con el consumo de una sustancia desempeña un papel etiológico en la enfermedad, aunque ninguna de estas etiologías sea suficiente para explicar el trastorno. Cuando el clínico no puede determinar el papel etiológico de los factores psicológicos, de alguna enfermedad médica o del consumo de sustancias, entonces debe establecerse el diagnóstico de **trastorno sexual no especificado**.

No debe establecerse el diagnóstico de trastorno sexual si la disfunción se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., si la disminución del deseo sexual se produce exclusivamente en el contexto de un episodio depresivo mayor). Sin embargo, si la alteración de la función sexual antecede al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente, puede establecerse el diagnóstico adicional de trastorno sexual. De manera habitual, cuando aparece un trastorno sexual (p. ej., trastorno de la excitación sexual), se observarán asimismo otros trastornos sexuales (p. ej., deseo sexual hipoactivo). En estos casos, todos ellos deben diagnosticarse. Puede coexistir un **trastorno de la personalidad** con un trastorno sexual; en este caso, el trastorno debe registrarse en el Eje I y el trastorno de la personalidad, en el Eje II. Cuando otro problema clínico, como un **problema relacional**, se asocia a una alteración de la función sexual, debe diagnosticarse el trastorno sexual y el problema clínico ha de incluirse también en el Eje I. Las alteraciones eventuales del deseo sexual, de la excitación o del orgasmo, que no sean persistentes ni recurrentes o no vayan acompañadas de malestar intenso o dificultades interpersonales, no se consideran trastornos sexuales.

Trastornos del deseo sexual

F52.0 Deseo sexual hipoactivo [302.71]

Características diagnósticas

La característica esencial del deseo sexual hipoactivo es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado o dificultades interpersonales (Criterio B); no se puede explicar mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica (Criterio C). El deseo sexual disminuido puede ser global y abarcar todas las formas de expresión sexual o situacional y limitado a un/a compañero/a o a una actividad sexual concreta (p. ej., el coito, pero no la masturbación). Existe poca motivación para buscar estímulos adecuados y una reducción de la frustración cuando se priva a estos individuos de la oportunidad de una relación sexual. Generalmente, estas personas no inician casi nunca la relación sexual y sólo la llevan a cabo a regañadientes, cuando es la pareja quien lo decide. A pesar de que la frecuencia de experiencias sexuales es habitualmente baja, la presión que ejerce la pareja o las necesidades de tipo no sexual (p. ej., placer físico o intimidad) pueden incrementar la tasa de relaciones sexuales. Debido a la falta de información sobre el papel de la edad y el sexo, respecto a la frecuencia o al grado de deseo sexual, el diagnóstico debe establecerse según el juicio clínico del médico, basándose en las características individuales, los determinantes interpersonales, el tipo de vida y el entorno cultural. El clínico puede requerir el examen de los dos miembros de la pareja cuando las diferencias en el deseo sexual obligan a la petición de atención profesional. La «disminución del deseo sexual» de un miembro de la pareja puede reflejar un aumento excesivo del deseo sexual del otro miembro. De manera alternativa, los dos miembros de la pareja pueden presentar niveles de deseo sexual dentro del margen de la normalidad, pero en los polos opuestos del *continuum*.

Subtipos

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) del deseo sexual hipoactivo (v. descripciones en pág. 506).

Síntomas y trastornos asociados

La disminución del interés por el sexo va frecuentemente asociada a problemas de excitación sexual o a dificultades para llegar al orgasmo. La falta de deseo sexual puede ser la disfunción más importante o ser la consecuencia del malestar emocional producido por las alteraciones de la excitación y el orgasmo. Sin embargo, existen individuos con deseo sexual reducido que conservan la capacidad de experimentar una excitación y un orgasmo normales en respuesta a la estimulación sexual. Las enfermedades médicas pueden producir un efecto deletéreo no específico sobre el deseo sexual debido a debilidad, dolor, problemas con la imagen corporal o a preocupaciones sobre la supervivencia. Muy a menudo, los trastornos depresivos se asocian a una disminución del deseo sexual; el inicio de la depresión puede preceder, coexistir o ser la consecuencia del escaso interés por el sexo. Los individuos con deseo sexual hipoactivo pueden tener dificultades a la hora de mantener relaciones sexuales estables, así como insatisfacción matrimonial y problemas de separación.

Curso

La edad de inicio para los individuos con deseo sexual hipoactivo de toda la vida es la pubertad. Con más frecuencia, el trastorno se presenta en la vida adulta (después de un período de interés sexual normal) en relación con malestar psicológico, acontecimientos estresantes o problemas interpersonales. La pérdida del deseo sexual puede ser continua o episódica según los factores psicológicos o relacionales. En algunos individuos aparece un patrón fijo de falta de deseo sexual siempre que deba hacerse frente a los problemas relacionados con la intimidad y con los compromisos.

Diagnóstico diferencial

El deseo sexual hipoactivo debe diferenciarse del **trastorno sexual debido a una enfermedad médica**. Cuando el trastorno es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica (v. pág. 528), el diagnóstico más apropiado sería trastorno sexual debido a enfermedad médica. Esta decisión se basa en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. Algunas enfermedades médicas, como las alteraciones neurológicas, hormonales y metabólicas, pueden alterar específicamente los sustratos fisiológicos del impulso sexual. Las anomalías de la biodisponibilidad total de testosterona y prolactina pueden indicar la presencia de trastornos hormonales responsables de la pérdida de deseo sexual. Cuando hay un deseo sexual hipoactivo y una enfermedad médica, pero se sabe que el trastorno sexual no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de este trastorno, es necesario efectuar el diagnóstico de deseo sexual hipoactivo debido a la combinación de factores. A diferencia del deseo sexual hipoactivo, el **trastorno sexual inducido por sustancias** se produce exclusivamente por los efectos directos de una sustancia (p. ej., medicación antihipertensiva, drogas) (v. pág. 532). Cuando se observa un deseo sexual hipoactivo junto al consumo de sustancias, pero se sabe que el tras-

torno sexual no está producido exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de la sustancia en particular, entonces debe efectuarse el diagnóstico de deseo sexual hipoactivo debido a la combinación de factores. Cuando la disminución del deseo sexual se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica y al uso de sustancias, es necesario entonces efectuar el diagnóstico de trastorno sexual debido a enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias.

El deseo sexual hipoactivo puede asimismo presentarse asociado a otros trastornos sexuales (p. ej., trastorno de la erección en el varón), y en este caso deben establecerse ambos diagnósticos. Generalmente, no es necesario efectuar el diagnóstico adicional de deseo sexual hipoactivo si la disminución del deseo sexual se explica mejor por la presencia de **otro trastorno del Eje I** (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático). El diagnóstico adicional puede ser apropiado si la disminución del deseo antecede al trastorno del Eje I o es objeto independiente de atención clínica. Los problemas eventuales del deseo sexual que no son persistentes o recurrentes o que no se acompañan de malestar intenso o dificultades de relación interpersonal no se consideran deseo sexual hipoactivo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de falta o pérdida de deseo sexual.

■ Criterios para el diagnóstico de F52.0 Deseo sexual hipoactivo [302.71]

- A. Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que, como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual.
- B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.
- C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

De toda la vida
Adquirido

Especificar tipo:

General
Situacional

Especificar:

Debido a factores psicológicos
Debido a factores combinados

F52.10 Trastorno por aversión al sexo [302.79]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno por aversión al sexo es la aversión y la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales (Criterio B) y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) (Criterio C). El individuo sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona. La aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular del sexo (p. ej., secreciones genitales, penetración vaginal). Algunos individuos muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, incluso los besos y los contactos superficiales. La intensidad de la reacción del individuo frente al estímulo aversivo puede ir desde una ansiedad moderada y una ausencia de placer hasta un malestar psicológico extremo.

Subtipos

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida o adquirido**), el contexto (**general o situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos o factores combinados**) del trastorno por aversión al sexo (v. descripciones en pág. 506).

Síntomas y trastornos asociados

Existen individuos con formas graves de este trastorno que, ante una situación de tipo sexual, pueden sufrir crisis de angustia, con ansiedad extrema, terror, desmayos, náuseas, palpitaciones, mareos y dificultades para respirar. Las relaciones interpersonales pueden estar gravemente afectadas (p. ej., insatisfacción matrimonial). Estas personas pueden evitar las situaciones de tipo sexual o los compañeros sexuales mediante estrategias de distinto tipo (p. ej., acostándose pronto, viajando, descuidando el aspecto externo, tomando sustancias o volcándose excesivamente en actividades familiares, sociales y laborales).

Diagnóstico diferencial

El trastorno por aversión al sexo puede aparecer también asociado a otras disfunciones sexuales (p. ej., dispareunia). Cuando esto se produce, debe indicarse la presencia de los dos trastornos. Generalmente no se efectúa un diagnóstico adicional de trastorno por aversión al sexo si la aversión se explica mejor por la presencia de **otro trastorno del eje I** (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático). El diagnóstico adicional tendrá que realizarse si la aversión antecede al trastorno del Eje I o es objeto de atención clínica independiente. A pesar de que la aversión sexual puede cumplir técnicamente los criterios de **fobia específica**, no debe efectuarse este diagnóstico adicional. La **aversión sexual ocasional** no persistente ni recidivante, o la que no va acompañada de malestar intenso o dificultades en las relaciones interpersonales, no se considera trastorno por aversión al sexo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 difieren de los criterios diagnósticos del DSM-IV en varios aspectos. A diferencia del DSM-IV, que limita este trastorno a la aversión o evitación de contacto sexual y genital, la CIE-10 también recoge las presentaciones clínicas caracterizadas por actividad sexual que da lugar a «sentimientos fuertemente negativos e incapacidad para experimentar cualquier tipo de placer». Además, la CIE-10 excluye los casos en que esta aversión es debida a la ansiedad que produce la propia práctica de relaciones sexuales. Finalmente, la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses.

■ Criterios para el diagnóstico de F52.10 Trastorno por aversión al sexo [302.79]

- A. Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.
- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual).

Especificar tipo:

De toda la vida
Adquirido

Especificar tipo:

General
Situacional

Especificar:

Debido a factores psicológicos
Debido a factores combinados

Trastornos de la excitación sexual

F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer [302.72]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la excitación sexual en la mujer es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual (Criterio A). La respuesta excitatoria consiste en una vasocongestión pelviana, en una lubricación y dilatación vaginales y en una tumefac-

ción de los genitales externos. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B); no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (incluso fármacos) o a una enfermedad médica (Criterio C).

Subtipos

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) del trastorno de la excitación sexual en la mujer (v. descripciones en pág. 506).

Síntomas y trastornos asociados

Algunas pruebas sugieren que el trastorno de la excitación sexual en la mujer se acompaña a menudo de trastornos del deseo sexual y de trastorno orgásmico femenino. La mujer que sufre este trastorno puede tener poca o nula sensación subjetiva de excitación sexual. El trastorno puede provocar dolor durante el coito, evitación sexual y alteraciones de las relaciones sexuales y matrimoniales.

Diagnóstico diferencial

El trastorno de la excitación sexual en la mujer debe diferenciarse del **trastorno sexual debido a enfermedad médica**. El diagnóstico correcto sería trastorno sexual debido a una enfermedad médica, siempre que el trastorno esté producido exclusivamente por los efectos fisiológicos de este trastorno (p. ej., disminución de los niveles de estrógenos durante la menopausia o la posmenopausia, vaginitis atrófica, diabetes mellitus, radioterapia de la pelvis) (v. pág. 528). Se ha descrito asimismo una reducción de la lubricación durante el período de lactancia. Este diagnóstico debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. Si coexisten el trastorno de la excitación sexual en la mujer y una enfermedad médica, pero el trastorno sexual no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de esta última, debe efectuarse entonces el diagnóstico de trastorno de la excitación sexual en la mujer debido a factores combinados.

A diferencia del trastorno de excitación sexual en la mujer, el **trastorno sexual inducido por sustancias** se debe sólo a los efectos fisiológicos directos del consumo de la sustancia (p. ej., lubricación disminuida producida por antihipertensivos o antihistamínicos) (v. pág. 532). Cuando coexisten el trastorno de excitación sexual en la mujer y el consumo de sustancias, debe establecerse el diagnóstico de trastorno de la excitación sexual en la mujer debido a factores combinados.

Cuando los trastornos de la excitación son debidos exclusivamente a los efectos de una enfermedad médica y del consumo de sustancias, deben efectuarse entonces los dos diagnósticos: trastorno sexual inducido por sustancias y trastorno sexual debido a enfermedad médica.

El trastorno de la excitación sexual en la mujer puede presentarse junto con otros trastornos sexuales (p. ej., trastorno orgásmico femenino). Si esto ocurre, deben anotarse ambos trastornos. No debe establecerse el diagnóstico adicional de trastorno de la excitación sexual en la mujer si la alteración se explica mejor por la presencia de **otro trastorno del Eje I** (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático). El diagnóstico debe efectuarse si el trastorno de la excitación sexual antecede al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente. Los **trastornos ocasionales de la excitación sexual** no per-

sistentes o recidivantes que no se acompañan de malestar pronunciado o de dificultades en las relaciones interpersonales no se consideran trastornos de la excitación sexual en la mujer. Tampoco es correcto efectuar un diagnóstico de este trastorno si la alteración de la excitación se debe a una estimulación sexual no apropiada en cuanto a objeto, intensidad y duración.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de fracaso de la respuesta genital.

■ Criterios para el diagnóstico de F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer [302.72]

- A. Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.
- B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

De toda la vida
Adquirido

Especificar tipo:

General
Situacional

Especificar:

Debido a factores psicológicos
Debido a factores combinados

F52.2 Trastorno de la erección en el varón [302.72]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la erección en el varón es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad

sexual (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales (Criterio B). Además, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica (Criterio C).

Existen diferentes patrones de trastorno eréctil. Algunos individuos explican la incapacidad para obtener la erección ya desde el inicio de la relación sexual; otros, en cambio refieren que consiguen una erección normal, pero la pierden al intentar la penetración. Algunas personas pueden obtener una erección suficiente para la penetración, pero la pierden (antes o durante los movimientos coitales); otras son capaces de presentar erecciones sólo durante la masturbación o por la mañana al levantarse. Las erecciones que se producen durante la masturbación pueden asimismo desaparecer, pero no es habitual que esto suceda.

Subtipos

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) del trastorno de la erección en el varón (v. descripciones en pág. 506).

Síntomas y trastornos asociados

Las dificultades eréctiles del trastorno de la erección en el varón se asocian frecuentemente a ansiedad sexual, miedo, fracaso, preocupaciones sobre el funcionamiento y a una disminución de la percepción subjetiva de la excitación sexual y del placer. El trastorno de la erección puede afectar las relaciones matrimoniales o sexuales y ser la causa de matrimonios no consumados y de infidelidad. Este trastorno puede ir asociado a deseo sexual hipoactivo y a eyaculación precoz. A menudo, los individuos con trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias refieren problemas de excitación sexual.

Curso

Las diversas formas de trastorno de la erección en el varón presentan diferente curso, y la edad de inicio varía de manera sustancial. Los pocos individuos que nunca han sido capaces de tener una erección de intensidad suficiente como para llevar a cabo el acto sexual completo padecen un trastorno crónico para toda la vida. Los casos que son adquiridos remiten espontáneamente en un 15-30 % de las veces. Los casos de tipo situacional pueden depender del tipo de compañero o de la intensidad o calidad de la relación y son de tipo episódico, con recurrencias frecuentes.

Diagnóstico diferencial

El trastorno de la erección en el varón debe diferenciarse del **trastorno sexual debido a una enfermedad médica**. El diagnóstico correcto sería el de trastorno sexual debido a una enfermedad médica si el trastorno es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica (p. ej., diabetes mellitus, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, neuropatía periférica, trastorno vascular periférico, lesión medular, alteraciones del sistema nervioso vegetativo producidos por radiación o cirugía) (v. pág. 528). Esta decisión debe basarse en la historia clínica (p. ej., afec-

tación de la erección durante la masturbación), en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. Los estudios sobre la tumescencia nocturna del pene permiten averiguar si se producen erecciones durante la noche, lo cual puede ser de utilidad a la hora de diferenciar los trastornos primarios de la erección del trastorno de la erección en el varón debido a una enfermedad médica. La tensión arterial del pene, los registros de las ondas del pulso y los estudios con ultrasonidos pueden detectar una afectación del mecanismo de la erección de tipo vascular. Los procedimientos de tipo invasivo, como son las pruebas farmacológicas intracorpóreas o la angiografía, pueden revelar la presencia de problemas de flujo arterial. Mediante la cavernografía es posible evaluar el estado venoso. Cuando se produce un trastorno de la erección en el varón junto con una enfermedad médica, pero se sabe que la disfunción eréctil no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de este trastorno, debe efectuarse entonces el diagnóstico de trastorno de la erección en el varón debido a factores combinados.

El **trastorno sexual inducido por sustancias** se diferencia del trastorno de la erección en el varón por el hecho de que el trastorno es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., fármacos antihipertensivos, antidepresivos, neurolépticos, drogas) (v. pág. 532). Cuando coinciden el trastorno de la erección y el consumo de sustancias, pero el trastorno eréctil no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de esta sustancia, debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de la erección en el varón debido a factores combinados.

Cuando los problemas en la excitación sexual son debidos exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica o al consumo de sustancias, entonces es necesario efectuar el diagnóstico de trastorno sexual debido a una enfermedad médica o al consumo de sustancias.

El trastorno de la erección en el varón puede presentarse junto a otro trastorno sexual (p. ej., eyaculación precoz). En este caso, deben anotarse ambos trastornos. Generalmente, no debe efectuarse un diagnóstico adicional de trastorno de la erección en el varón si el trastorno sexual se explica mejor por la presencia de **otro trastorno del Eje I** (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo). El diagnóstico adicional debe realizarse cuando el trastorno sexual antecede al trastorno del Eje I o cuando constituye objeto de atención clínica independiente. Los **trastornos de la erección ocasionales** que no son persistentes ni recidivantes o no se acompañan de malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales no se consideran trastorno de la erección en el varón. Asimismo, tampoco es correcto diagnosticar esta alteración si el trastorno eréctil es debido a una estimulación sexual inapropiada en cuanto a objeto, intensidad y duración. Los varones de edad requieren una estimulación mayor o durante más tiempo para obtener una erección completa. Estos cambios fisiológicos no deben considerarse un trastorno de la erección en el varón.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de fracaso de la respuesta genital.

■ Criterios para el diagnóstico de F52.2 Trastorno de la erección en el varón [302.72]

- A. Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F52.2 Trastorno de la erección en el varón [302.72] (continuación)

- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.
- C. El trastorno eréctil no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (que no sea disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

De toda la vida
Adquirido

Especificar tipo:

General
Situacional

Especificar:

Debido a factores psicológicos
Debido a factores combinados

Trastornos orgásmicos

F52.3 Trastorno orgásmico femenino [302.73] **(antes orgasmo femenino inhibido)**

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno orgásmico femenino es una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal (Criterio A). Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo y la intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe basarse en la opinión médica de que la capacidad orgásmica femenina es inferior a la correspondiente a la edad, la experiencia sexual y la estimulación sexual recibida. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales (Criterio B), no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica (Criterio C).

Subtipos

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) del trastorno orgásmico femenino (v. descripciones en pág. 506).

Síntomas y trastornos asociados

No se ha observado asociación alguna entre rasgos específicos de personalidad o psicopatología y trastorno orgásmico en mujeres. El trastorno orgásmico en la mujer puede alterar la imagen corporal, la autoestima o la satisfacción en las relaciones. Según estudios controlados, la capacidad orgásmica no se correlaciona con el tamaño de la vagina o con la fuerza de la musculatura pelviana. Aunque algunas mujeres que han sufrido lesiones medulares, extirpación de la vulva o escisiones y reconstrucciones vaginales manifiestan tener orgasmos, lo más frecuente es que presenten trastorno orgásmico. Sin embargo, enfermedades crónicas como la diabetes o el cáncer pélvico suelen alterar fundamentalmente la fase de excitación sexual, pero mantienen intacta la capacidad para experimentar orgasmo.

Curso

Debido a que la capacidad orgásmica femenina aumenta con la edad, el trastorno orgásmico puede ser más prevalente en mujeres jóvenes. En la mayoría de los casos los trastornos orgásmicos han existido siempre y no son adquiridos. Cuando una mujer aprende a conseguir el orgasmo, es poco frecuente que pierda esta capacidad, a no ser que exista una comunicación sexual pobre, problemas de relación con la pareja, un acontecimiento traumático (p. ej., violación), un trastorno del estado de ánimo o una enfermedad médica. Cuando un trastorno orgásmico se produce solamente en circunstancias muy determinadas, suelen aparecer también alteraciones del deseo sexual o de la excitación. Muchas mujeres aumentan su capacidad para llegar al orgasmo, a medida que experimentan una amplia variedad de estimulaciones y adquieren mayor conocimiento de su propio cuerpo.

Diagnóstico diferencial

El trastorno orgásmico femenino debe diferenciarse del **trastorno sexual debido a una enfermedad médica**. Cuando este trastorno se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica (p. ej., lesión medular), el diagnóstico correcto es trastorno sexual debido a una enfermedad médica (v. pág. 528). Esta decisión se basa en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. Cuando se dan ambos trastornos, pero se sabe que el trastorno sexual no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica, debe establecerse el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debido a factores combinados.

A diferencia del trastorno orgásmico femenino, el **trastorno sexual inducido por sustancias** se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., antidepresivos, benzodiazepinas, neurolépticos, antihipertensivos, opiáceos) (v. pág. 532). Cuando el trastorno orgásmico coincide con el consumo de sustancias, pero se considera que no se debe únicamente a los efectos fisiológicos directos de éstas, debe establecerse el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debido a factores combinados.

Cuando la disfunción sexual se produce únicamente a causa de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica o del consumo de sustancias, entonces debe diagnosticarse trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias.

El trastorno orgásmico femenino puede presentarse junto a otros trastornos sexuales (p. ej., trastorno de la excitación sexual en la mujer). Si esto es así, deben anotarse ambas alteraciones. Generalmente no se establece el diagnóstico adicional de trastorno orgásmico femenino si la dificultad para llegar al orgasmo se explica mejor por la presencia de **otro trastorno del**

Eje I (p. ej., trastorno depresivo mayor). Este diagnóstico adicional debe efectuarse cuando la dificultad antecede al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente. Los problemas orgásmicos ocasionales que no son persistentes o recidivantes o que no se acompañan de malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales no se consideran trastorno orgásmico femenino. Tampoco debe establecerse este diagnóstico si los problemas son debidos a una estimulación sexual no apropiada en cuanto a objeto, intensidad y duración.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. La CIE-10 propone una única tabla de criterios diagnósticos para la disfunción orgásmica, aplicable tanto a varones como a mujeres.

■ **Criterios para el diagnóstico de F52.3 Trastorno orgásmico femenino [302.73]**

- A. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe efectuarse cuando la opinión médica considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida.
- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- C. El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

De toda la vida
Adquirido

Especificar tipo:

General
Situacional

Especificar:

Debido a factores psicológicos
Debido a factores combinados

F52.3 Trastorno orgásmico masculino [302.74] (antes orgasmo masculino inhibido)

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno orgásmico masculino es la ausencia o el retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. A la hora de juzgar si el orgasmo se encuentra retrasado, el clínico debe tener en cuenta la edad del individuo y si la estimulación recibida es apropiada en cuanto al objeto, la intensidad y la duración (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado y dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B); no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica (Criterio C). En la forma más frecuente de trastorno orgásmico masculino el varón no consigue llegar al orgasmo durante el coito, pero puede eyacular con otros tipos de estimulación, por ejemplo, manual u oral. Algunos varones con este trastorno pueden llegar al orgasmo intravaginal, pero sólo después de un largo período de estimulación no coital. Otros pueden eyacular sólo durante la masturbación y otros llegan al orgasmo sólo en el momento de despertar tras un sueño erótico.

Subtipos

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) del trastorno orgásmico masculino (v. descripciones en pág. 506).

Síntomas y trastornos asociados

Muchos varones que no llegan al orgasmo intravaginal explican sentir excitación al inicio de la relación, pero el coito se convierte gradualmente en algo más desagradable que placentero. Puede haber un patrón de excitación sexual de tipo parafilico. Cuando el varón oculta a su mujer la imposibilidad de llegar al orgasmo intravaginal, la pareja puede presentar infertilidad de causa desconocida; el trastorno puede desencadenar alteraciones sexuales y conflictos matrimoniales. Los varones pueden llegar al orgasmo incluso cuando existen enfermedades vasculares o neurológicas que alteran la rigidez peneana. Tanto la sensación de orgasmo como las contracciones del músculo estriado durante ese momento permanecen intactas en varones a los que se ha extirpado la próstata y las vesículas seminales debido a neoplasias pélvicas. El orgasmo puede también aparecer, aunque no se expulse semen (p. ej., cuando hay una afectación de los ganglios simpáticos por cirugía o neuropatía periférica).

Diagnóstico diferencial

El trastorno orgásmico masculino ha de diferenciarse del **trastorno sexual debido a una enfermedad médica**. El diagnóstico correcto será el de trastorno sexual debido a una enfermedad médica si la alteración se considera debida exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica (p. ej., hiperprolactinemia) (v. pág. 528). Esta decisión debe basarse en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Las medidas del umbral sensitivo

pueden mostrar una reducción de la sensibilidad cutánea del pene debida a una enfermedad neurológica (p. ej., lesiones medulares, neuropatías sensoriales). Si coinciden el trastorno orgásmico masculino y la enfermedad médica, pero se considera que el trastorno sexual no se debe únicamente a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad, entonces el diagnóstico es trastorno orgásmico masculino debido a factores combinados.

A diferencia del trastorno orgásmico masculino, el **trastorno sexual inducido por sustancias** es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., alcohol, opiáceos, antihipertensivos, antidepressivos, neurópticos) (v. pág. 532). Si coinciden el trastorno orgásmico masculino y el consumo de sustancias, pero se considera que el trastorno sexual no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, el diagnóstico es trastorno orgásmico masculino debido a factores combinados.

Si el trastorno sexual se considera debido exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica y al consumo de sustancias, debe diagnosticarse trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias.

El trastorno orgásmico masculino puede aparecer junto con otro trastorno sexual (p. ej., trastorno de la erección en el varón). En este caso deben anotarse ambos diagnósticos. Generalmente no se efectúa un diagnóstico adicional de trastorno orgásmico masculino si la dificultad para llegar al orgasmo se explica mejor por presencia de **otro trastorno del Eje I** (p. ej., trastorno depresivo mayor). Se puede establecer un diagnóstico adicional cuando la dificultad para llegar al orgasmo antecede al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente. Varios tipos de trastorno sexual deben diagnosticarse como **trastorno sexual no especificado** más que como trastorno orgásmico masculino (p. ej., eyaculación sin orgasmo placentero, orgasmo producido sin eyaculación de semen o con derrames, en lugar de descarga de semen).

Los **problemas orgásmicos ocasionales**, que no son persistentes o recidivantes o no se acompañan de malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales, no se consideran trastorno orgásmico masculino. A medida que los varones envejecen, pueden necesitar un período de estimulación más largo para llegar al orgasmo. El clínico debe asimismo cerciorarse de que se produce una estimulación de suficiente intensidad como para alcanzarlo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. La CIE-10 propone una única tabla de criterios diagnósticos para el trastorno orgásmico, aplicable tanto a varones como a mujeres.

■ **Criterios para el diagnóstico de F52.3 Trastorno orgásmico masculino [302.74]**

- A. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual que el clínico, teniendo en cuenta la edad del individuo, considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración.
- B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F52.3 Trastorno orgásmico masculino [302.74] (continuación)

- C. El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

De toda la vida
Adquirido

Especificar tipo:

General
Situacional

Especificar:

Debido a factores psicológicos
Debido a factores combinados

F52.4 Eyaculación precoz [302.75]

Características diagnósticas

La característica esencial de la eyaculación precoz consiste en la aparición de un orgasmo y eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee (Criterio A). El clínico debe tener en cuenta factores que influyen en la duración de la fase de excitación, como son la edad, las parejas o situaciones nuevas y la frecuencia reciente de la actividad sexual. La mayoría de los varones con este trastorno pueden retrasar el orgasmo durante la masturbación por un período de tiempo más largo que durante el coito. La estimación por parte de las parejas del tiempo transcurrido entre el inicio de la actividad sexual y la eyaculación, así como la opinión de si la eyaculación precoz constituye un problema pueden ser muy variables. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B). La eyaculación precoz no es debida exclusivamente a los efectos directos de una sustancia (p. ej., abstinencia de opiáceos) (Criterio C).

Subtipos

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida** o **adquirido**), el contexto (**general** o **situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos** o **factores combinados**) de la eyaculación precoz (v. descripciones en pág. 506).

Síntomas y trastornos asociados

Al igual que otros trastornos sexuales, la eyaculación precoz puede crear conflictos en una relación amorosa. Algunos varones solteros dudan a la hora de empezar nuevas relaciones debido al miedo producido por el trastorno. Esto puede contribuir al aislamiento social.

Curso

Una gran parte de los varones jóvenes aprenden a retrasar el orgasmo a lo largo de los años y a medida que tienen más experiencia, pero algunos continúan presentando eyaculación precoz y suelen buscar ayuda médica. Algunos individuos pueden retrasar la eyaculación en las relaciones de larga duración, pero sufren eyaculación precoz cuando tienen una nueva pareja. Habitualmente, la eyaculación precoz se observa en varones jóvenes y se inicia en las primeras relaciones. Sin embargo, existen personas que pierden la capacidad de retrasar el orgasmo después de un período de actividad sexual normal. Cuando esto se produce, el contexto suele ser a menudo la disminución de la frecuencia de la actividad sexual, la ansiedad producida por una nueva pareja o la pérdida del control de la eyaculación relacionada con la dificultad para conseguir o mantener una erección. Algunos varones que han dejado de tomar alcohol de manera regular pueden sufrir eyaculación precoz, ya que confiaban en la bebida para retrasar el orgasmo, en lugar de aprender nuevos comportamientos.

Diagnóstico diferencial

La eyaculación precoz debe diferenciarse del **trastorno eréctil relacionado con la aparición de una enfermedad médica** (v. pág. 528). Algunos individuos con trastorno eréctil pueden suprimir las estrategias habitualmente utilizadas para retrasar el orgasmo. Otros necesitan una estimulación no coital prolongada con el fin de obtener el grado de erección suficiente para la penetración. En estas personas, la excitación sexual puede ser tan intensa que la eyaculación se produzca inmediatamente. Los **problemas ocasionales de eyaculación precoz** que no son persistentes ni recidivantes o que no se acompañan de malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales no se consideran eyaculación precoz. El clínico debe asimismo tener en cuenta la edad del individuo, su experiencia sexual, la actividad sexual actual y la familiaridad con la pareja. Cuando la eyaculación precoz se debe exclusivamente al consumo de sustancias (p. ej., abstinencia de opiáceos), puede diagnosticarse **trastorno sexual inducido por sustancias** (v. pág. 532).

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para la eyaculación precoz prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses.

■ Criterios para el diagnóstico de F52.4 Eyaculación precoz [302.75]

- A. Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee. El clínico debe tener en cuenta factores que influyen en la duración

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F52.4 Eyaculación precoz [302.75]
(continuación)

de la fase de excitación, como son la edad, la novedad de la pareja o la situación y la frecuencia de la actividad sexual.

- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- C. La eyaculación precoz no es debida exclusivamente a los efectos directos de alguna sustancia (p. ej., abstinencia de opiáceos).

Especificar tipo:

De toda la vida
Adquirido

Especificar tipo:

General
Situacional

Especificar:

Debido a factores psicológicos
Debido a factores combinados

Trastornos sexuales por dolor

F52.6 Dispareunia [302.76] **(no debida a una enfermedad médica)**

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno consiste en dolor genital durante el coito (Criterio A). A pesar de que normalmente se produce durante éste, puede también aparecer antes o después de la relación sexual. Este trastorno afecta tanto a varones como a mujeres. En éstas el dolor puede describirse como superficial durante la penetración o como profundo ante los movimientos coitales. La intensidad de los síntomas comprende desde una sensación de leve malestar hasta un dolor agudo. Este trastorno provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B). No es debido exclusivamente a vaginismo o falta de lubricación, no se explica mejor por la presencia de trastorno del Eje I (excepto por otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (Criterio C).

Subtipos

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida o adquirido**), el contexto (**general o situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos o factores combinados**) de la dispareunia (v. descripciones en pág. 506).

Síntomas y trastornos asociados

La dispareunia es un trastorno infrecuente en los centros de salud mental. Los individuos que presentan este trastorno habitualmente buscan ayuda médica en los centros de asistencia primaria. La exploración física no muestra generalmente ningún tipo de anormalidad. El dolor genital experimentado en el coito puede comportar la evitación de las relaciones sexuales, su alteración o limitar posibles nuevas relaciones.

Curso

La poca información de que se dispone sugiere que el curso de la dispareunia tiende a ser crónico.

Diagnóstico diferencial

La dispareunia debe diferenciarse del **trastorno sexual debido a una enfermedad médica** (v. pág. 528). El diagnóstico correcto es trastorno sexual debido a una enfermedad médica si se considera que la disfunción es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica (p. ej., infecciones, tejido cicatrizal de la vagina, endometriosis o adherencias, atrofia vaginal posmenopáusica, privación temporal de estrógenos durante la lactancia, irritaciones o infecciones del tracto urinario, enfermedades gastrointestinales). Esta decisión debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio o en la exploración física. Si coincide la dispareunia y una enfermedad médica, pero se considera que el trastorno sexual no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad debe establecerse el diagnóstico de dispareunia debida a factores combinados.

A diferencia de la dispareunia, el **trastorno sexual inducido por sustancias** se considera que se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (v. pág. 532). Sustancias como la flufenacina, la tioridacina y la amoxapina pueden hacer que el orgasmo resulte doloroso. Cuando hay dispareunia y consumo de sustancias, pero se considera que el trastorno sexual no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de su consumo, debe diagnosticarse dispareunia debida a factores combinados.

Cuando se considera que el dolor sexual se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica o al consumo de sustancias, hay que efectuar los diagnósticos de trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias.

No debe diagnosticarse dispareunia si está causada únicamente por vaginismo o por ausencia de lubricación. Generalmente no se realiza el diagnóstico adicional de dispareunia si el trastorno sexual se explica mejor por la presencia de **otro trastorno del Eje I** (p. ej., trastorno de somatización). El diagnóstico adicional debe efectuarse cuando la dificultad para llegar al orgasmo antecede al trastorno del Eje I o es objeto de atención clínica independiente. La dispareunia puede, asimismo, aparecer junto con otros trastornos sexuales (al margen del vaginismo), y, si se cumplen los criterios para los dos trastornos, deben codificarse ambos. El **dolor ocasional durante el coi-**

to no persistente ni recidivante, o no acompañado de malestar acusado o de dificultad en las relaciones interpersonales, no se considera dispareunia.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de dispareunia no orgánica.

■ Criterios para el diagnóstico de F52.6 Dispareunia [302.76]

- A. Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en varones como en mujeres.
- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- C. La alteración no es debida únicamente a vaginismo o a falta de lubricación, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica.

Especificar tipo:

**De toda la vida
Adquirido**

Especificar tipo:

**General
Situacional**

Especificar:

**Debido a factores psicológicos
Debido a factores combinados**

F52.5 Vaginismo [306.51] (no debido a una enfermedad médica)

Características diagnósticas

La característica esencial del vaginismo es la contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio B), no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otro trastorno sexual) y no es debida exclusivamente a los efectos

tos fisiológicos directos de una enfermedad médica (Criterio C). En algunas mujeres sólo la idea de la penetración vaginal puede producir un espasmo muscular. La contracción puede ser desde ligera (produciendo rigidez y malestar) hasta intensa (impidiendo la penetración).

Subtipos

Los tipos indican el inicio (**de toda la vida o adquirido**), el contexto (**general o situacional**) y los factores etiológicos (**factores psicológicos o factores combinados**) del vaginismo (v. descripciones en pág. 506).

Síntomas y trastornos asociados

Es posible que las respuestas sexuales (p. ej., deseo, placer, capacidad orgásmica) no estén afectadas, a no ser que se produzca o se piense en la penetración. El obstáculo físico debido al espasmo impide generalmente el coito. Por esta razón el trastorno puede limitar la actividad sexual y afectar las relaciones. Ha habido casos de matrimonios no consumados y de infertilidad asociados a este trastorno. El diagnóstico se establece a menudo durante las exploraciones físicas ginecológicas de rutina, cuando la respuesta al examen pélvico es una contracción de la abertura vaginal. En algunos casos la intensidad del espasmo puede ser tan aguda o prolongada que llega a producir dolor. Sin embargo, en algunas mujeres el vaginismo aparece sólo durante la actividad sexual, pero no durante la exploración ginecológica. El trastorno se observa más frecuentemente en mujeres jóvenes, en mujeres con actitud negativa hacia el sexo y en mujeres que tienen historia de abusos o traumas de tipo sexual.

Curso

El vaginismo de toda la vida tiene habitualmente un inicio repentino, se manifiesta durante los primeros intentos de penetración sexual por parte de la pareja o durante el primer examen ginecológico. Una vez que ha aparecido el trastorno, el curso es generalmente crónico, a no ser que mejore con el tratamiento. El vaginismo adquirido puede también aparecer de repente, en respuesta a un trauma sexual o a una enfermedad médica.

Diagnóstico diferencial

El vaginismo ha de diferenciarse del **trastorno sexual debido a una enfermedad médica** (v. pág. 528). El diagnóstico correcto es trastorno sexual debido a una enfermedad médica si el trastorno se considera debido únicamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad específica (p. ej., endometriosis o infección vaginal). Esta decisión debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física. El vaginismo puede permanecer como un problema residual después de la resolución de una enfermedad médica. Cuando coincide el vaginismo con la enfermedad médica, pero se considera que los espasmos vaginales no se deben exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad, hay que realizar el diagnóstico de vaginismo debido a factores combinados.

El vaginismo puede también aparecer junto a otro trastorno sexual (p. ej., deseo sexual hipactivo). Si esto se produce, ambos trastornos deben registrarse. Aunque en el vaginismo puede aparecer dolor durante el coito, no debe efectuarse el diagnóstico adicional de **dispareunia**. Tam-

poco se establece este diagnóstico si los espasmos vaginales se explican por **otro trastorno del Eje I** (p. ej., trastorno de somatización). El diagnóstico adicional puede efectuarse cuando los espasmos vaginales anteceden al trastorno del Eje I o constituyen objeto de atención clínica independiente.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de vaginismo no orgánico.

■ Criterios para el diagnóstico de F52.5 Vaginismo [306.51]

- A. Aparición persistente o recurrente de espasmos voluntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito.
- B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (p. ej., trastorno de somatización) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Especificar tipo:

De toda la vida
Adquirido

Especificar tipo:

General
Situacional

Especificar:

Debido a factores psicológicos
Debido a factores combinados

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno sexual debido a una enfermedad médica es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa, que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. En este tipo de trastorno sexual puede presentarse dolor durante el coito, deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil en el varón u otras formas de disfunción sexual (p. ej., trastornos del orgasmo) y debe provocar malestar acusa-

do o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio A). Deben existir pruebas, ya sea a partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, de que la alteración se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (Criterio B). La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor) (Criterio C).

A la hora de determinar si el trastorno sexual es debido únicamente a una enfermedad médica, ante todo, el clínico debe verificar la existencia de la enfermedad y, a continuación, averiguar si el trastorno se encuentra relacionado etiológicamente con ella a través de algún mecanismo fisiológico. Para establecer esta relación es necesario valorar, de manera extensa y detenida, múltiples factores. A pesar de que no hay directrices infalibles para determinar si la relación entre el trastorno sexual y la enfermedad médica es etiológica, algunas consideraciones pueden servir de orientación. Una de ellas es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad y la disfunción sexual; otra es la presencia de rasgos poco habituales de un trastorno sexual primario (p. ej., edad de inicio o curso atípico). La literatura existente sobre la posible asociación entre una enfermedad médica y la aparición de un trastorno sexual también ayuda en algunos casos. Además, el clínico tiene que juzgar si la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual primario, un trastorno sexual inducido por sustancias u otro trastorno mental primario (p. ej., trastorno depresivo mayor). Estas opciones se tratan más detalladamente en la sección «Trastornos mentales debidos a enfermedad médica» (v. pág. 171).

Por otra parte, se establece el diagnóstico de trastorno sexual con el subtipo «debido a factores combinados» cuando se considera que la combinación de factores psicológicos y la enfermedad médica o alguna sustancia desempeña un papel etiológico, aunque ninguna de estas etiologías sea suficiente para explicar el trastorno.

Subtipos

El código diagnóstico y el término para un trastorno sexual debido a una enfermedad médica se selecciona basado en el trastorno sexual predominante. Los términos enumerados a continuación deben emplearse en vez del de «trastorno sexual debido a una enfermedad médica».

N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a... (*indicar enfermedad médica*) [625.8]. Este término se usa si, en una mujer, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente.

N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a... (*indicar enfermedad médica*) [608.89]. Este término se usa si, en un varón, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente.

N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a... (*indicar enfermedad médica*) [607.84]. Este término se usa si la disfunción eréctil masculina es el rasgo predominante.

N94.1 Dispareunia femenina debida a... (*indicar enfermedad médica*) [625.0]. Este término se usa si, en una mujer, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito.

N50.8 Dispareunia masculina debida a... (*indicar enfermedad médica*) [608.89]. Este término se usa si, en un varón, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito.

N94.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a... (*indicar enfermedad médica*) [625.8]. Este término se usa si, en una mujer, predomina otro síntoma (p. ej., trastorno orgásmico) o no predomina ninguno.

N50.8 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a... (*indicar enfermedad médica*) [608.89]. Este término se usa si, en un varón, predomina otro síntoma (p. ej., trastorno orgásmico) o no predomina ninguno.

Procedimiento de tipificación

Al registrar el diagnóstico de trastorno sexual debido a una enfermedad médica, el clínico debe especificar en el Eje I tanto la fenomenología específica del trastorno (de la lista anterior) como la enfermedad médica considerada como causa de la disfunción (p. ej., N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a diabetes mellitus [607.84]). El código diagnóstico también se anota en el Eje III (p. ej., E10.4 Diabetes mellitus [250.0]).

Enfermedades médicas asociadas

Son numerosas las enfermedades médicas que pueden producir trastornos sexuales: enfermedades neurológicas (p. ej., esclerosis múltiple, lesiones medulares, neuropatías, lesiones del lóbulo temporal), enfermedades endocrinológicas (p. ej., diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiper-hipoadrenocortisolismo, hiperprolactinemia, estados hipogonadales, alteraciones hipofisarias), enfermedades vasculares y genitourinarias (p. ej., trastornos testiculares, enfermedad de Peyronie, infecciones uretrales, complicaciones posprostatactomía, infecciones o lesiones genitales, vaginitis atrófica, infecciones vaginales y de los genitales externos, complicaciones posquirúrgicas como cicatrices de la episiotomía, vagina reducida, cistitis, endometriosis, prolapso uterino, infecciones pélvicas, neoplasias). La experiencia clínica actual indica que el trastorno sexual debido a enfermedad médica es muy frecuente. Los hallazgos de la exploración física, de las pruebas de laboratorio, la prevalencia y el inicio de la enfermedad reflejan el papel etiológico de la enfermedad.

Diagnóstico diferencial

El trastorno sexual debido a enfermedad médica debe diagnosticarse solamente si se puede explicar de manera completa por los efectos directos de una enfermedad médica. Si los factores psicológicos desempeñan también un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, el diagnóstico es **trastorno sexual primario** (con el subtipo **debido a factores combinados**). A la hora de determinar si el trastorno sexual es primario o debido exclusivamente a los efectos directos de una enfermedad médica, el componente más importante de la evaluación es una historia clínica y psicosexual lo más completa posible. En los varones es útil estudiar la tumescencia peneana nocturna, realizar pruebas de tipo vascular e inyectar estimuladores tisulares. En las mujeres es importante el examen ginecológico detallado, especialmente en los trastornos sexuales por dolor. Las exploraciones neurológicas y las endocrinas son de utilidad tanto en los varones como en las mujeres.

Cuando hay pruebas de consumo de una sustancia (reciente o prolongado) (fármacos incluidos), de abstinencia de una sustancia o de exposición a un tóxico, y el trastorno sexual se explica en su totalidad por los efectos directos de la sustancia, debe diagnosticarse **trastorno sexual inducido por sustancias**. El clínico ha de interrogar detenidamente sobre la naturaleza y la magnitud del consumo de las sustancias, incluso los fármacos. Los síntomas que aparecen durante o poco tiempo después (p. ej., en un período de 4 semanas) de la intoxicación por sustancias o después del consumo de fármacos pueden ser especialmente indicativos de disfunción sexual inducida por sustancias, dependiendo del tipo o la cantidad de la sustancia usada o de la duración de su consumo.

Si el clínico se ha asegurado de que el trastorno sexual es debido tanto a una enfermedad médica como al consumo de sustancias, entonces cabe efectuar ambos diagnósticos (p. ej., trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias).

El deseo sexual hipoactivo, los trastornos de la excitación y, en menor medida, el trastorno orgásmico pueden presentarse como síntomas del **trastorno depresivo mayor**. En el trastorno depresivo mayor no puede demostrarse ningún mecanismo fisiopatológico causal específico y directo

asociado a una enfermedad médica. El trastorno sexual debido a una enfermedad médica debe diferenciarse de la **disminución del interés y de la actividad sexual asociada al paso de los años**

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 no contiene criterios diagnósticos para el trastorno sexual debido a una enfermedad médica, ya que este trastorno viene recogido en el capítulo XIV, «Enfermedades del aparato genitourinario».

■ **Trastorno sexual debido a... (indicar enfermedad médica)**

- A. Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales como rasgos clínicos predominantes.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio la disfunción sexual se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor).

Seleccionar el código y el término sobre la base del trastorno sexual predominante:

N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a... (indicar enfermedad médica) [625.8]. Este término se usa si, en una mujer, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente

N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a... (indicar enfermedad médica) [608.89]. Este término se usa si, en un varón, el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente

N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a... (indicar enfermedad médica) [607.84]. Este término se usa si la disfunción eréctil masculina es el rasgo predominante

N94.1 Dispareunia femenina debida a... (indicar enfermedad médica) [625.0]. Este término se usa si, en una mujer, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito

N50.8 Dispareunia masculina debida a... (indicar enfermedad médica) [608.89]. Este término se usa si, en un varón, el rasgo predominante es el dolor asociado al coito

N94.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a... (indicar enfermedad médica) [625.8]. Este término se usa si, en una mujer, predomina otro síntoma (p. ej., trastorno orgásmico) o no predomina ninguno

N50.8 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a... (indicar enfermedad médica) [608.89]. Este término se usa si, en un varón, predomina otro síntoma (p. ej., trastorno orgásmico) o no predomina ninguno

Nota de codificación: Incluir el nombre de la enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a diabetes mellitus [607.84]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

Trastorno sexual inducido por sustancias

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno sexual inducido por sustancias consiste en una alteración sexual clínicamente significativa que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales (Criterio A). Según sea la sustancia consumida, el trastorno puede alterar el deseo y la excitación sexuales, así como el orgasmo, o producir dolor. Se considera que la alteración puede explicarse en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., drogas, fármacos o exposición a tóxicos) (Criterio B). El trastorno no se debe explicar mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias (Criterio C). Este diagnóstico se establece en vez del de intoxicación por sustancias sólo cuando los síntomas sexuales exceden de los que habitualmente se asocian a la intoxicación y son de la suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Para una información más detallada sobre los trastornos relacionados con sustancias, véase la página 181.

El trastorno sexual inducido por sustancias se diferencia del trastorno sexual primario por el inicio y el curso del trastorno. Para el abuso de drogas, debe haber pruebas de la intoxicación a partir de la historia clínica, la exploración física y los hallazgos de laboratorio. Los trastornos sexuales inducidos por sustancias se producen solamente en asociación con su consumo, mientras que los trastornos sexuales primarios pueden aparecer antes del inicio de este consumo o durante la abstinencia. Los factores sugerentes de que el trastorno se explica mejor por un trastorno sexual primario son: persistencia de la disfunción durante un período de tiempo considerable (aproximadamente 1 mes) después de la intoxicación por sustancias; naturaleza excesiva de los síntomas teniendo en cuenta lo que cabría esperar dado el tipo o la cantidad de la sustancia usada o la duración de su consumo, o historia anterior de trastornos sexuales primarios.

Especificaciones

Según el trastorno sexual predominante, se han seleccionado las siguientes especificaciones para el trastorno sexual inducido por sustancias. Aunque el cuadro clínico del trastorno sexual puede parecerse a uno de los trastornos sexuales primarios específicos, en el trastorno inducido por sustancias no se cumplen todos los criterios.

Con alteración del deseo. Esta especificación se usa si el síntoma predominante es la ausencia o la disminución del deseo sexual.

Con alteración de la excitación. Esta especificación se usa si el síntoma predominante es una alteración de la excitación sexual (p. ej., trastorno eréctil, alteración de la lubricación).

Con alteración del orgasmo. Esta especificación se usa si el síntoma predominante es una alteración del orgasmo.

Con dolor sexual. Esta especificación se usa si el síntoma predominante es el dolor durante el coito.

Los trastornos sexuales inducidos por sustancias generalmente tienen su inicio durante la intoxicación por sustancias, y es necesario entonces señalarlo mediante la anotación **de inicio durante la intoxicación**.

Procedimiento de tipificación

El nombre del trastorno sexual inducido por sustancias empieza con la sustancia específica (p. ej., alcohol, fluoxetina), que se presume que es la causa de la disfunción sexual. El código diagnóstico se selecciona a partir de las clases de sustancias enumeradas en la lista de criterios. Para las sustancias que no se encuentran en ninguna de las clases (p. ej., fluoxetina), debe usarse el código para «otras sustancias». El nombre del trastorno va seguido del síntoma de presentación predominante (p. ej., F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína, con alteración de la excitación [292.89]). Cuando se considera que más de una sustancia desempeña un papel significativo en la aparición del trastorno sexual, cada uno debe clasificarse por separado (p. ej., F10.8 Trastorno sexual inducido por alcohol, con alteración de la excitación [291.8]; F19.8 Trastorno sexual inducido por fluoxetina, con alteración del orgasmo [292.89]). Si se considera que una sustancia es el factor etiológico, pero se desconoce su composición o el tipo de sustancias al que pertenece, debe usarse entonces la categoría F19.8 Trastorno sexual inducido por sustancias desconocidas [292.89].

Sustancias específicas

Las disfunciones sexuales pueden aparecer asociadas a la **intoxicación** por las siguientes sustancias: alcohol, anfetamina y sustancias de acción similar; cocaína, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o desconocidas. La intoxicación aguda por sustancias de abuso, así como el abuso crónico de éstas, disminuye el interés por el sexo y provoca trastornos de la excitación en ambos sexos. La disminución del interés por el sexo (ambos sexos), los trastornos de la excitación (ambos sexos) y los trastornos orgásmicos (más frecuentes en varones) pueden también estar producidos por fármacos prescritos a diario, como antihipertensivos, antagonistas de los receptores H_2 de la histamina, antidepresivos, neurolepticos, ansiolíticos, esteroides anabolizantes y antiepilépticos. El orgasmo doloroso puede producirse por flufenacina, tioridacina y amoxapina. Se han registrado casos de priapismo con clorpromacina, trazodona y clozapina, y con la inyección penénea de papaverina o prostaglandinas. Los inhibidores de la recaptación de serotonina pueden provocar disminución del deseo sexual o trastornos de la excitación. Fármacos como los antihipertensivos o los esteroides anabolizantes pueden asimismo causar un estado de ánimo depresivo o irritable, además del trastorno sexual; en ese caso, es necesario realizar un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. La experiencia clínica actual indica claramente que este tipo de trastorno sexual inducido por sustancias es bastante frecuente.

Diagnóstico diferencial

Generalmente en las **intoxicaciones por sustancias** suelen aparecer trastornos sexuales. El diagnóstico de la intoxicación por una sustancia determinada será habitualmente suficiente para categorizar la presentación de los síntomas. Debe establecerse el diagnóstico de trastorno sexual inducido por sustancias sólo si el trastorno se considera excesivo respecto del que habitualmente se asocia al síndrome de intoxicación y si los síntomas son de la suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Si los factores psicológicos desempeñan también un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia de un trastorno sexual, el diagnóstico es trastorno sexual primario (con el subtipo debido a factores combinados).

La disfunción sexual inducida por sustancias se diferencia del **trastorno sexual primario** por el hecho de que los síntomas se explican en su totalidad por los efectos directos de una sustancia (v. pág. 532).

El trastorno sexual inducido por sustancias debido al tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica ha de iniciarse mientras el enfermo toma el medicamento (p. ej., fármacos antihipertensivos). Al finalizar el tratamiento, el trastorno sexual desaparecerá en un período de días a varias semanas (según la vida media del fármaco). Si el trastorno sexual persiste, deben considerarse otras causas responsables de la aparición del trastorno. Los efectos indeseables de los fármacos que afectan la función sexual pueden hacer que los individuos realicen un mal cumplimiento terapéutico si valoran más la relación sexual que los beneficios del medicamento.

Debido a que los individuos con enfermedades médicas toman fármacos a menudo, el clínico debe considerar la posibilidad de que el trastorno sexual esté producido por las consecuencias fisiológicas de la enfermedad médica más que por los fármacos; en este caso debe efectuarse el diagnóstico de **trastorno sexual debido a una enfermedad médica**. Generalmente, la historia clínica del enfermo proporciona los datos para esta consideración. A veces es necesario un cambio en el tratamiento de la enfermedad médica (p. ej., cambiar o suprimir un fármaco) con el fin de determinar empíricamente si el medicamento es la causa del trastorno. Si el clínico sabe con seguridad que el trastorno se debe tanto al consumo de la sustancia como a la enfermedad médica, deben establecerse ambos diagnósticos (trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias). Cuando no hay pruebas suficientes para determinar si el trastorno sexual se debe a una sustancia en particular (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica, o es de tipo primario (no se debe ni a una sustancia ni a una enfermedad médica), hay que diagnosticar **trastorno sexual no especificado**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 no contiene criterios diagnósticos para el trastorno sexual inducido por sustancias.

■ Criterios para el diagnóstico de trastorno sexual inducido por sustancias

- A. Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- B. A partir de la exploración física, la historia clínica y los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que el trastorno sexual se explica en su totalidad por el consumo de sustancias, como se manifiesta en los casos siguientes (1) o (2):
 - (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en los 30 días siguientes a la intoxicación por la sustancia
 - (2) el consumo del medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias, como lo demuestra el hecho de que los síntomas preceden al inicio del consumo o la dependencia de la sustancia (o consumo de fármacos); los síntomas persisten durante un tiempo sustancial (p. ej., 1 mes) después de haber finalizado la intoxicación, o son excesivos en relación con lo que cabría esperar, dados el tipo o la cantidad de la sustancia usada o la duración de su consumo o bien hay pruebas de la existencia de un trastorno sexual independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recurrentes no relacionados con sustancias).

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de trastorno sexual inducido por sustancias (*continuación*)

Nota: Este diagnóstico debe establecerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo si el trastorno sexual es excesivo en comparación con el que se presenta durante la intoxicación y si el trastorno es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Codificar trastorno sexual inducido por (sustancia específica):

(F10.8 Alcohol [291.8]; F15.8 Anfetamina [o sustancias de acción similar] [292.89]; F14.8 Cocaína [292.89]; F11.8 Opiáceos [292.89]; F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]; F19.8 Otras sustancias [o desconocidas] [292.89])

Especificar si:

Con alteración del deseo
Con alteración de la excitación
Con alteración del orgasmo
Con dolor sexual

Especificar si:

Con inicio durante la intoxicación: cuando se cumplen los criterios para la intoxicación por sustancias y los síntomas aparecen durante su curso.

F52.9 Trastorno sexual no especificado [302.70]

Esta categoría incluye los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico. Los ejemplos son:

1. Ausencia (o disminución sustancial) de pensamientos eróticos subjetivos, a pesar de la excitación y el orgasmo normales.
2. Situaciones en las que el clínico ha constatado la presencia de un trastorno sexual, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias.

Parafilias

Características diagnósticas

La característica esencial de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que por lo general engloban: 1) objetos no humanos, 2) el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, o 3) niños u otras personas que no consienten, y que se presentan durante un período de al menos 6 meses (Criterio A). Para algunos individuos, las fantasías o los estímulos de tipo parafilico son obligatorios para obtener excitación y se incluyen invariablemente en la actividad sexual. En otros casos las preferencias de tipo parafilico se presentan sólo episódicamente (p. ej., durante períodos

de estrés), mientras que otras veces el individuo es capaz de funcionar sexualmente sin fantasías ni estímulos de este tipo. El comportamiento, los impulsos sexuales o las fantasías provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B).

Los parafilicos pueden intentar la representación de sus fantasías en contra de la voluntad de la pareja, con resultados peligrosos para ella (como en el sadismo sexual o en la pedofilia). Como consecuencia de lo anterior, el individuo puede ser detenido y encarcelado. Las ofensas sexuales hacia los niños constituyen una proporción significativa de todos los actos sexuales criminales documentados, y los individuos que padecen exhibiciones, pedofilia y voyeurismo comprenden la mayoría de los procesados por delitos sexuales. En algunas situaciones la representación de fantasías de tipo parafilico puede conducir a autolesiones (como el masoquismo sexual). Las relaciones sociales y sexuales pueden verse afectadas si la gente encuentra que el comportamiento sexual del individuo es vergonzoso o repugnante o si la pareja se niega a participar en sus preferencias sexuales. En algunos casos, el comportamiento raro (p. ej., actos de exhibicionismo, colección de fetiches) constituye la actividad sexual principal del individuo. Estos individuos rara vez acuden espontáneamente a los profesionales de la salud mental. Cuando lo hacen es porque su comportamiento les ha ocasionado problemas con su pareja sexual o con la sociedad.

Las parafilias que se describen en este capítulo son trastornos que se han identificado de manera específica en clasificaciones anteriores. Incluyen el exhibicionismo (exposición de los genitales), el fetichismo (empleo de objetos inanimados), el frotteurismo (contactos y roces con una persona en contra de su voluntad), la pedofilia (interés por niños en edad prepuberal), el masoquismo sexual (recibir humillaciones o sufrimientos), el sadismo sexual (infligir humillaciones o sufrimientos), el fetichismo transvestista (vestirse con ropas del sexo contrario) y el voyeurismo (observación de la actividad sexual de las otras personas). Una categoría residual, la parafilia no especificada, se reserva para otras parafilias menos frecuentes. No es raro que los individuos padezcan más de una parafilia.

Procedimiento de tipificación

Las parafilias individuales se diferencian según las características del centro de interés parafilico. Sin embargo, si las preferencias sexuales del individuo cumplen criterios para más de una parafilia, deben diagnosticarse todas. El código y los términos son los siguientes: F65.2 Exhibicionismo [302.4], F65.0 Fetichismo [302.81], F65.8 Frotteurismo [302.89], F65.4 Pedofilia [302.2], F65.5 Masoquismo sexual [302.83], F65.5 Sadismo sexual [302.84], F65.3 Voyeurismo [302.82], F65.1 Fetichismo transvestista [302.3] y F65.9 Parafilia no especificada [302.9].

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El estímulo preferido, incluso en una parafilia particular, puede ser altamente específico. Las personas que no tienen una pareja que esté de acuerdo en realizar las fantasías del individuo pueden solicitar los servicios de prostitutas o incluso pueden obligar a sus víctimas a realizarlas en contra de su voluntad. Los individuos que padecen este trastorno pueden escoger una profesión, tener como *hobby* u ofrecerse como voluntarios para trabajar en oficios que les permiten estar en contacto con el estímulo deseado (p. ej., vender zapatos o lencería de mujer [fetichismo], trabajar con niños [pedofilia] o conducir una ambulancia [sadismo sexual]). Asimismo, de manera selectiva, pueden mirar, leer, comprar o coleccionar fotografías, películas, o libros cuyo foco principal es el tipo de estímulo preferido por el individuo. Muchas personas que sufren esta alteración afirman que su comportamiento no les ocasiona ningún tipo de malestar y que el único problema es el conflicto social, conse-

cuencia de la reacción de la gente frente a su comportamiento. Otros casos manifiestan intensos sentimientos de culpa, vergüenza y depresión por el hecho de efectuar actividades sexuales inusuales, que no son aceptadas socialmente o que ellos mismos consideran inmorales. A menudo, les es difícil desarrollar una actividad sexual recíproca y afectiva, por lo que pueden aparecer diversas disfunciones sexuales. Asimismo, las alteraciones de la personalidad son frecuentes y pueden ser lo suficientemente graves como para que se efectúe el diagnóstico de trastorno de la personalidad. También pueden aparecer síntomas típicos de depresión en estos individuos, lo cual puede provocar un aumento de la frecuencia e intensidad de la comportamiento parafilico.

Hallazgos de laboratorio. La pletismografía peneana se ha usado en los centros de investigación para la evaluación de los diferentes tipos de parafilia; con ella se intenta una medición de la excitación sexual del individuo en respuesta a estímulos visuales y auditivos. La fiabilidad y la validez de este procedimiento en la práctica clínica no han sido del todo establecidas, y la experiencia clínica sugiere que los individuos pueden simular la respuesta mediante la manipulación de imágenes mentales.

Enfermedades médicas asociadas. Las relaciones sexuales sin medidas de protección pueden comportar infecciones y transmisión de enfermedades venéreas. Los comportamientos de tipo sádico o masoquista pueden asimismo producir lesiones, cuya importancia oscila entre un mínimo y un máximo que incluso puede poner en peligro la vida del individuo.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El diagnóstico de las parafilias en las diferentes culturas o religiones es de difícil realización, puesto que lo que se considera desviación en una cultura puede resultar del todo aceptable en otra. A excepción del masoquismo sexual, en el que la relación según el sexo (*sex ratio*) es de 20 varones por 1 mujer, las otras parafilias prácticamente no se diagnostican nunca en las mujeres, aunque se han descrito algunos casos.

Prevalencia

Aunque las parafilias raramente se diagnostican en los centros de asistencia primaria, el gran mercado comercial de la pornografía y todo lo relacionado con ella sugiere que la prevalencia de este trastorno en la población puede ser elevada. Las alteraciones que se observan más habitualmente en los centros especializados en el diagnóstico de parafilias son la pedofilia, el voyeurismo y el exhibicionismo. El masoquismo y el sadismo sexual se observan con mucha menos frecuencia. Aproximadamente la mitad de los individuos que presentan parafilias están casados.

Curso

Algunas fantasías y comportamientos asociados con las parafilias pueden iniciarse en la infancia o en las primeras etapas de la adolescencia, pero su desarrollo se define y elabora mejor durante la adolescencia y los primeros años de la vida adulta. La elaboración y la revisión de las fantasías pueden continuar a lo largo de toda la vida del individuo. Por definición, las fantasías e impulsos asociados a estos trastornos son recurrentes. Muchas personas explican que siempre tienen fantasías, pero a veces existen períodos de tiempo en los que su frecuencia e intensidad varían de modo sustancial. Estas alteraciones tienden a cronificarse y a durar muchos

años, pero tanto las fantasías como los comportamientos disminuyen a menudo con el paso de los años. Sin embargo, los comportamientos pueden incrementarse en respuesta a estímulos psicosociales estresantes, en relación con otros trastornos mentales o con la oportunidad de poder practicar la parafilia.

Diagnóstico diferencial

La parafilia debe diferenciarse del **uso de fantasías o comportamientos sexuales no patológicos o de los objetos como un estímulo para la excitación sexual** que presentan los individuos sin parafilia. Las fantasías, los comportamientos o los objetos son considerados parafilicos sólo si provocan malestar o alteraciones clínicamente significativas (p. ej., son obligatorias, producen disfunciones sexuales, requieren la participación de individuos en contra de su voluntad, conducen a problemas legales o interfieren en las relaciones sociales).

En el **retraso mental**, la **demenia**, el **cambio de personalidad debido a una enfermedad médica**, la **intoxicación por sustancias**, un **episodio maniaco** o la **esquizofrenia** puede existir una reducción de la capacidad de juicio, de las habilidades sociales o del control de los impulsos, que, en raras ocasiones, produce un comportamiento sexual inusual. Estos casos se diferencian de las parafilias por varios factores: el comportamiento sexual poco frecuente del individuo no constituye el patrón obligatorio o preferido del sujeto, los síntomas sexuales aparecen exclusivamente durante el curso de estos trastornos mentales y los actos sexuales inusuales tienden a ser aislados, más que recurrentes, y a tener un inicio más tardío.

Las parafilias individuales pueden diferenciarse según las características del centro de interés parafilico. Sin embargo, si las preferencias sexuales del individuo cumplen los criterios diagnósticos para más de una parafilia, deben diagnosticarse todas. El **exhibicionismo** debe diferenciarse del hecho de **orinar en público**, lo que constituye muchas veces una excusa para justificar el comportamiento. Tanto el **fetichismo** como el **fetichismo transvestista** suponen la manipulación de prendas y artículos típicamente femeninos. En el fetichismo el foco de excitación sexual es la prenda femenina (p. ej., medias), mientras que en el **fetichismo transvestista** la excitación sexual se produce por el mero hecho de vestirse con la ropa del otro sexo. Este comportamiento puede presentarse asimismo en el **masoquismo sexual**. En este último la excitación está producida por la humillación de verse obligado a vestirse con ropa femenina y no por la presencia de las prendas.

El uso de ropa del sexo contrario puede asociarse a disforia sexual. Si ésta existe, pero no se cumplen todos los criterios para el trastorno de la identidad sexual, el diagnóstico es **fetichismo transvestista, con disforia sexual**. Los individuos deben recibir el diagnóstico adicional de **trastorno de la identidad sexual** si su cuadro clínico cumple todos sus criterios.

F65.2 Exhibicionismo [302.4]

La característica esencial del exhibicionismo consiste en la exposición de los propios genitales a una persona extraña. Algunas veces el individuo se masturba durante la exposición (o mientras lo imagina). Cuando el individuo lleva a cabo sus impulsos, no existe generalmente ningún intento de actividad sexual posterior con la persona extraña. En algunos casos la persona es consciente del deseo de sorprender o asustar al observador. En otros casos el individuo tiene la fantasía sexual de que el observador se excitará sexualmente. El inicio de este trastorno se produce generalmente antes de los 18 años, aunque puede empezar mucho más tarde. En las personas de edad avanzada apenas se realizan detenciones, lo que sugiere que la alteración quizá sea menos grave después de los 40 años.

■ Criterios para el diagnóstico de F65.2 Exhibicionismo [302.4]

- A. Durante un período de por lo menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican la exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

F65.0 Fetichismo [302.81]

La característica esencial del fetichismo consiste en el uso de objetos no animados (fetiches). Entre los fetiches más comunes se encuentran los sostenes, la ropa interior femenina, las medias, los zapatos, las botas o cualquier otra prenda de vestir. El individuo con fetichismo se masturba frecuentemente mientras sostiene, acaricia o huele el objeto fetiche, o bien le puede pedir a su compañero sexual que se lo ponga durante las relaciones. Por lo general, el fetiche es necesario e intensamente preferido para la excitación sexual, y en su ausencia pueden producirse trastornos de la erección en el varón. El diagnóstico no debe efectuarse cuando los fetiches se limitan a artículos de vestir femeninos utilizados para transvestirse, como ocurre en el fetichismo transvestista, o cuando el objeto es estimulante desde el punto de vista genital debido a que ha sido diseñado especialmente para este propósito (p. ej., un vibrador). Por lo general, el trastorno empieza en la adolescencia, aunque el fetiche puede haber tenido ya una especial significación durante la infancia. Una vez establecido el trastorno, tiende a ser crónico.

■ Criterios para el diagnóstico de F65.0 Fetichismo [302.81]

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos ligados al uso de objetos no animados (p. ej., ropa interior femenina).
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Los fetiches no deben ser únicamente artículos de vestir femeninos como los utilizados para transvestirse (fetichismo transvestista) o aparatos diseñados con el propósito de estimular los genitales (p. ej., vibrador).

F65.8 Frotteurismo [302.89]

La característica esencial del frotteurismo implica el contacto y el roce con una persona en contra de su voluntad. Por lo general este comportamiento se produce en lugares con mucha gen-

te, en los que es más fácil escapar de la detención (p. ej., aceras, vehículos de transporte público). El individuo aprieta sus genitales contra las nalgas de la víctima o intenta tocar los genitales o los pechos con las manos. Mientras realiza todo esto, se imagina que está viviendo una verdadera relación con la víctima. Sin embargo, es consciente de que, para poder evitar una posible detención, debe escapar inmediatamente después de tocarla. Por lo general, la parafilia se inicia en la adolescencia. La mayoría de los actos de frotteurismo tienen lugar cuando el individuo se encuentra entre los 15-25 años de edad. Después, la frecuencia declina gradualmente.

■ Criterios para el diagnóstico de F65.8 Frotteurismo [302.89]

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes e impulsos sexuales o comportamientos ligados al hecho de tocar y rozar una persona en contra de su voluntad.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F65.4 Pedofilia [302.2]

La característica esencial de la pedofilia supone actividades sexuales con niños prepúberes (generalmente de 13 o menos años de edad). El individuo con este trastorno debe tener 16 años o más y ha de ser por lo menos 5 años mayor que el niño. En los adolescentes mayores que presentan este trastorno no se especifica una diferencia de edad precisa, y en este caso debe utilizarse el juicio clínico; para ello, debe tenerse en cuenta tanto la madurez sexual del niño como la diferencia de edades. La gente que presenta pedofilia declara sentirse atraída por los niños dentro de un margen de edad particular. Algunos individuos prefieren niños; otros, niñas, y otros, los dos sexos. Las personas que se sienten atraídas por las niñas generalmente las prefieren entre los 8 y los 10 años, mientras que quienes se sienten atraídos por los niños los prefieren algo mayores. La pedofilia que afecta a las niñas como víctimas es mucho más frecuente que la que afecta a los niños. Algunos individuos con pedofilia sólo se sienten atraídos por niños (tipo exclusivo), mientras que otros se sienten atraídos a veces por adultos (tipo no exclusivo). La gente que presenta este trastorno y que «utiliza» a niños según sus impulsos puede limitar su actividad simplemente a desnudarlos, a observarlos, a exponerse frente a ellos, a masturbarse en su presencia o acariciarlos y tocarlos suavemente. Otros, sin embargo, efectúan felaciones o *cunnilingus*, o penetran la vagina, la boca, el ano del niño con sus dedos, objetos extraños o el pene, utilizando diversos grados de fuerza para conseguir estos fines. Estas actividades se explican comúnmente con excusas o racionalizaciones de que pueden tener «valor educativo» para el niño, que el niño obtiene «placer sexual» o que el niño es «sexualmente provocador», temas que por lo demás son frecuentes en la pornografía pedofílica.

Los individuos pueden limitar sus actividades a sus propios hijos, a los ahijados o a los familiares, o pueden hacer víctimas a niños de otras familias. Algunas personas con este trastorno amenazan a los niños para impedir que hablen. Otros, particularmente quienes lo hacen con frecuencia, desarrollan técnicas complicadas para tener acceso a los niños, como ganarse la confianza de la madre, casarse con una mujer que tenga un niño atractivo, comerciar con otros que tengan el mismo trastorno o incluso, en casos raros, adoptar a niños de países en vías de desarrollo o rap-

tarlos. Excepto los casos de asociación con el sadismo sexual, el individuo puede ser muy atento con las necesidades del niño con el fin de ganarse su afecto, interés o lealtad e impedir que lo cuente a los demás. El trastorno empieza por lo general en la adolescencia, aunque algunos individuos manifiestan que no llegaron a sentirse atraídos por los niños hasta la edad intermedia de la vida. La frecuencia del comportamiento pedofílico fluctúa a menudo con el estrés psicosocial. El curso es habitualmente crónico, en especial en quienes se sienten atraídos por los individuos del propio sexo. El índice de recidivas de los individuos con pedofilia que tienen preferencia por el propio sexo es aproximadamente el doble de los que prefieren al otro sexo.

■ Criterios para el diagnóstico de F65.4 Pedofilia [302.2]

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos).
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños del Criterio A.

Nota: No debe incluirse a individuos en las últimas etapas de la adolescencia que se relacionan con personas de 12 o 13 años.

Especificar si:

- Con atracción sexual por los varones**
- Con atracción sexual por las mujeres**
- Con atracción sexual por ambos sexos**

Especificar si:

- Se limita al incesto**

Especificar si:

- Tipo exclusivo** (atracción sólo por los niños)
- Tipo no exclusivo**

F65.5 Masoquismo sexual [302.83]

La característica esencial del masoquismo sexual consiste en el acto (real, no simulado) de ser humillado, golpeado, atado o cualquier otro tipo de sufrimiento. Algunos individuos que padecen este trastorno se encuentran obsesionados por sus fantasías masoquistas, las cuales deben evocar durante las relaciones sexuales o la masturbación, pero no las llevan a cabo. En estos casos, las fantasías masoquistas suponen por lo general el hecho de ser violado o de estar atado y obligado a servir a los demás, de forma que no existan posibilidades de escapar. Otras personas llevan a cabo sus fantasías ellos mismos (p. ej., atándose ellos mismos, pinchándose con agujas, administrándose descargas eléctricas o autolesiones) o con un compañero. Los actos masoquistas que se pueden reali-

zar con una pareja suponen restricción de movimientos (sumisión física), vendajes en los ojos (sumisión sensorial), apaleamiento, paliza, latigazos, golpes, descargas eléctricas, cortes, pinchazos y perforaciones (infibulación), y humillaciones (p. ej., ser orinado o defecado encima, ser forzado a arrastrarse y ladrar como un perro o ser sometido a insultos verbales). La obligación de vestirse con ropas del otro sexo también puede utilizarse como forma de humillación. El individuo puede tener el deseo de ser tratado como un niño pequeño y ser vestido con pañales («infantilismo»). Una forma particularmente peligrosa de masoquismo sexual es la llamada «hipoxifilia», que supone la excitación sexual a través de la privación de oxígeno, obtenida mediante compresión torácica, nudos, ligaduras, bolsas de plástico, máscaras o productos químicos (a menudo algún nitrato volátil que produce un descenso temporal de la oxigenación cerebral por vasodilatación periférica). Las actividades que suponen la privación de oxígeno pueden efectuarse a solas o en pareja. A causa de fallos en el utillaje, de errores en la colocación del nudo o de las ligaduras o a otras equivocaciones, con alguna frecuencia hay muertes accidentales. Los datos referentes a Estados Unidos, Inglaterra, Australia y Canadá indican que estas prácticas producen 1-2 muertes por millón de habitantes cada año. Algunos individuos con masoquismo sexual presentan también fetichismo, fetichismo transvestista o sadismo sexual. Las fantasías masoquistas probablemente se dan desde la infancia. La edad en la que empiezan las actividades masoquistas con la pareja es variable, pero con frecuencia es el principio de la edad adulta. El trastorno tiene generalmente un curso crónico, y el individuo tiende a repetir una y otra vez el mismo acto masoquista. Algunas personas con masoquismo sexual pueden llevar a cabo actos masoquistas durante muchos años sin aumentar su potencial lesivo. Sin embargo, en otros casos aumenta la gravedad de los actos masoquistas con el paso del tiempo o durante períodos de estrés, lo cual eventualmente puede producir lesiones o incluso la muerte del individuo.

■ Criterios para el diagnóstico de F65.5 Masoquismo sexual [302.83]

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho (real, no simulado) de ser humillado, pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F65.5 Sadismo sexual [302.84]

La característica esencial del sadismo sexual implica actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento físico o psicológico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante. Algunos individuos con este trastorno se encuentran alterados por sus fantasías sádicas, las cuales evocan durante la actividad sexual, pero sin llevarlas a cabo; en estos casos las fantasías sádicas consisten normalmente en tener un completo control sobre la víctima, que se encuentra aterrizada por la anticipación del acto sádico. Otros individuos satisfacen las necesidades sexuales sádicas con una pareja que consiente (que puede ser masoquista sexual) sufrir el dolor o la humillación. Otro tipo de individuos con sadismo sexual llevan a cabo sus necesidades sexuales con víctimas que no consienten. En todos los casos es el sufrimiento de la víctima lo que produce la excitación sexual. Las fantasías o actos sádicos pueden involucrar actividades que indican la dominancia del sujeto sobre su víctima (obligar a la víctima a arrastrarse o tenerla en una jaula); pue-

den, asimismo, concretarse en el hecho de inmovilizarla físicamente, tenerla atada con los ojos vendados, darle una paliza, golpearla, azotarla, pincharla, quemarla, aplicarle descargas eléctricas, violarla, efectuarle cortes, intentos de estrangulación, torturas, mutilación o incluso la muerte. Las fantasías sexuales sádicas probablemente se dan ya en la infancia. La edad de comienzo de las actividades sádicas es variable, pero por lo general aparecen al comienzo de la edad adulta. El trastorno es habitualmente crónico. Cuando el sadismo sexual se practica con parejas que no consienten, la actividad tiene tendencia a repetirse hasta que el individuo es detenido. Algunos sujetos que padecen el trastorno pueden dedicarse a sus actos sexuales durante muchos años sin aumentar el potencial para infligir lesiones físicas graves. Sin embargo, la gravedad de los actos sádicos suele aumentar con el paso del tiempo. Cuando el trastorno es grave y se halla asociado con el trastorno antisocial de la personalidad los individuos pueden lesionar gravemente o matar a sus víctimas.

■ Criterios para el diagnóstico de F65.5 Sadismo sexual [302.84]

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento psicológico o físico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante para el individuo.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F65.1 Fetichismo transvestista [302.3]

La característica esencial del fetichismo transvestista consiste en vestirse con ropas del otro sexo. Por lo general, el individuo guarda una colección de ropa femenina que utiliza intermitentemente para transvestirse; cuando lo ha hecho, habitualmente se masturba y se imagina que es al mismo tiempo el sujeto masculino y el objeto femenino de su fantasía sexual. Este trastorno ha sido descrito sólo en varones heterosexuales. El diagnóstico no debe efectuarse en los casos en los que el transvestismo aparece en el transcurso de un trastorno de la identidad sexual. Los fenómenos transvestistas comprenden desde llevar ropa femenina en solitario y de forma ocasional hasta una involucración extensa en la subcultura transvestista. Algunos varones llevan una pieza de ropa femenina (p. ej., ropa interior o lencería) bajo su vestido masculino; otros visten completamente como una mujer y llevan maquillaje. El grado con el que el individuo transvestido parece ser una mujer varía y depende de los gestos, el hábito corporal y la habilidad para transvestirse. Cuando el individuo no se encuentra transvestido, por lo general tiene un aspecto completamente masculino. Aunque la preferencia básica es heterosexual, estas personas tienden a poseer pocos compañeros sexuales y en ocasiones han realizado actos homosexuales. Un rasgo asociado a este trastorno puede ser la presencia de masoquismo sexual. El trastorno empieza típicamente con el transvestismo en la infancia o a principios de la adolescencia. En muchos casos el acto transvestista no se efectúa en público hasta llegar a la edad adulta. La experiencia inicial puede suponer un transvestismo parcial o total; cuando es parcial progresa a menudo hacia un transvestismo completo. Un artículo favorito de vestido puede transformarse en un objeto erótico en sí mismo y utilizarse habitualmente primero para la masturbación y después para las relaciones sexuales. En algunos individuos la excitación que produce el transvestirse puede cambiar a lo largo del tiempo, de mane-

ra temporal o permanente, tendiendo a disminuir o desaparecer. En estos casos el transvestismo se convierte en un antídoto para la ansiedad o la depresión, o contribuye a obtener una sensación de paz y tranquilidad. En otros individuos puede aparecer disforia sexual, especialmente en situaciones de estrés, con o sin síntomas de depresión. Para un reducido número de personas, la disforia sexual se convierte en una parte fija del cuadro clínico y se acompaña del deseo de vestir y vivir permanentemente como mujer, así como de la búsqueda de un cambio de sexo hormonal o quirúrgico. Los individuos con este trastorno a menudo buscan tratamiento cuando aparece disforia sexual. El subtipo con disforia sexual ha sido establecido con el fin de permitir al clínico anotar la presencia de esta característica como parte del fetichismo transvestista.

■ **Criterios para el diagnóstico de F65.1 Fetichismo transvestista [302.3]**

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de transvestirse, en un varón heterosexual.
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Con disforia sexual: si el individuo presenta malestar persistente con su papel o identidad sexuales

F65.3 Voyeurismo [302.82]

La característica esencial del voyeurismo implica el hecho de observar ocultamente a personas, por lo general desconocidas, cuando están desnudas, desnudándose o en plena actividad sexual. El acto de mirar se efectúa con el propósito de obtener una excitación sexual y por lo general no se busca ningún tipo de relación sexual con la persona observada. El orgasmo, habitualmente producido por la masturbación, puede aparecer durante la actividad voyeurística o más tarde como respuesta al recuerdo de lo observado. A menudo, este tipo de personas disfrutan con la fantasía de tener una experiencia sexual con la persona observada, pero en realidad esto rara vez sucede. En su forma más grave el voyeurismo constituye la forma exclusiva de actividad sexual. El inicio del comportamiento voyeurístico acostumbra a tener lugar antes de los 15 años. El curso tiende a ser crónico.

■ **Criterios para el diagnóstico de F65.3 Voyeurismo [302.82]**

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho de observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o que se encuentran en plena actividad sexual.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F65.3 Voyeurismo [302.82]
(continuación)

- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F65.9 Parafilia no especificada [302.9]

Esta categoría se incluye para codificar las parafilias que no cumplen los criterios para ninguna de las categorías específicas. Como ejemplos de estas parafilias cabe mencionar (aunque no se limitan a): escatología telefónica (llamadas obscenas), necrofilia (cadáveres), parcialismo (atención centrada exclusivamente en una parte del cuerpo), zoofilia (animales), coprofilia (heces), clismafilia (enemas) y urofilia (orina).

Trastornos de la identidad sexual

F64.x Trastorno de la identidad sexual [302.xx]

Características diagnósticas

Existen dos componentes en el trastorno de la identidad sexual que deben estar presentes a la hora de efectuar el diagnóstico. Debe haber pruebas de que el individuo se identifica, de un modo intenso y persistente, con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser, o la insistencia en que uno es, del otro sexo (Criterio A). Esta identificación con el otro sexo no es únicamente el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales. Deben existir también pruebas de malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación en el papel de su sexo (Criterio B). El diagnóstico no debe establecerse si el individuo padece una enfermedad física intersexual (p. ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita) (Criterio C). Para efectuar el diagnóstico deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D).

En los niños, el hecho de identificarse con el otro sexo se manifiesta por una marcada pre-ocupación por las actividades femeninas tradicionales; pueden preferir vestirse con ropa de niña o mujer o pueden confeccionarla ellos mismos a partir de material disponible, cuando no poseen ropa femenina. A menudo se usan toallas, delantales, pañuelos de cuello para representar faldas o pelos largos. Existe una atracción fuerte hacia los juegos y los pasatiempos típicos de las niñas. Les gusta especialmente jugar a mamá y papá, dibujar chicas y princesas bonitas, y mirar la televisión o los vídeos de sus ídolos femeninos favoritos. A menudo, sus juguetes son las muñecas (como Barbie), y las niñas constituyen sus compañeros. Cuando juegan a papá y mamá, estos niños realizan el papel femenino, generalmente «el papel de madre» y muestran fantasías que tienen que ver con mujeres. Evitan los juegos violentos, los deportes competitivos y muestran escaso in-

terés por los coches, camiones u otros juguetes no violentos, pero típicos de los niños. Pueden asimismo expresar el deseo de ser una niña y asegurar que crecerán para ser una mujer. A la hora de orinar se sientan en la taza y hacen como si no tuvieran pene, escondiéndoselo entre las piernas. Más rara vez los niños con trastorno de la identidad sexual pueden afirmar que encuentran su pene o testículos horribles, que quieren operárselos o que tienen o desearían tener vagina.

Las niñas con trastornos de la identidad sexual muestran reacciones negativas intensas hacia los intentos por parte de los padres de ponerles ropa femenina o cualquier otra prenda de mujer. Algunas llegan a negarse a ir a la escuela o a reuniones sociales donde sea necesario llevar este tipo de prendas. Prefieren la ropa de niño y el pelo corto; a menudo la gente desconocida les confunde con niños, y piden que se les llame por un nombre de niño. Sus héroes de fantasía son muy a menudo personajes masculinos fuertes, como Batman o Superman. Estas niñas prefieren tener a niños como compañeros, con los que practican deporte, juegos violentos y juegos propios para niños. Muestran poco interés por las muñecas o por cualquier tipo de vestido femenino o actividad relacionada con el papel de la mujer. Las niñas que padecen este trastorno rehúsan en ocasiones orinar sentadas en la taza del water. Pueden explicar que poseen o que se dejarán crecer un pene y rechazan los pechos o la menstruación. Pueden también asegurar que crecerán para ser un varón. Estas niñas revelan una identificación con el otro sexo muy pronunciada en los juegos, los sueños y las fantasías.

Los adultos con trastorno de la identidad sexual muestran el deseo de vivir como miembros del otro sexo. Esto se manifiesta por un intenso deseo de adoptar el papel social del otro sexo o de adquirir su aspecto físico, ya sea mediante tratamiento hormonal o quirúrgico. Los individuos con este trastorno se sienten incómodos si se les considera como miembros de su propio sexo o si su función en la sociedad no es la correspondiente al otro sexo. La adopción del comportamiento, la ropa y los movimientos del otro sexo se efectúa en diferentes grados. En privado, estos individuos pueden pasar mucho tiempo vestidos como el otro sexo y esforzándose para conseguir la apariencia adecuada. Muchos intentan pasar en público por personas del sexo opuesto. Vistiendo como el otro sexo y con tratamiento hormonal (y para los varones, electrólisis), muchos individuos con este trastorno pasan inadvertidamente como personas del otro sexo. La actividad sexual de estos individuos con personas del mismo sexo se encuentra generalmente restringida, porque no desean que sus parejas vean o toquen sus genitales. En algunos varones con este trastorno en etapas más avanzadas de la vida (a menudo después del matrimonio) la actividad sexual con una mujer se acompaña de la fantasía de ser amantes lesbianas o de que la pareja es un varón y él, una mujer.

En los adolescentes las características clínicas pueden parecerse tanto a las de los niños como a las de los adultos (según el nivel de desarrollo del individuo); así pues, los criterios tendrían que aplicarse de acuerdo con el nivel de desarrollo. En un adolescente joven puede ser más difícil establecer un diagnóstico exacto debido a la cautela del individuo. Las dificultades pueden ser mayores si el adolescente se encuentra indeciso en cuanto a su identificación con el otro sexo o si la familia no lo aprueba. El adolescente puede ser enviado a un centro médico porque los padres o los profesores están preocupados por el aislamiento social, el rechazo y las burlas de sus amigos. En estas circunstancias, el diagnóstico debe reservarse para los adolescentes que parecen identificarse con el otro sexo por la manera de vestir y por su comportamiento (p. ej., depilarse las piernas en los varones). El esclarecimiento del diagnóstico en niños y adolescentes puede necesitar un seguimiento durante un largo período de tiempo.

El malestar y la discapacidad de los individuos con trastorno de la identidad sexual se manifiesta de diferente manera a lo largo de la vida. En los niños el malestar se manifiesta por un descontento patente hacia su sexo. La preocupación por transvestirse interfiere a menudo con las actividades cotidianas del individuo. En los niños más mayores el fracaso en contraer amistades y habilidades propias de individuos del mismo sexo a menudo, conduce a aislamiento y a malestar; algunos niños se niegan a ir a la escuela debido a la obligación de vestir con la ropa de su sexo y

a las burlas de los compañeros. En los adolescentes y en los adultos la preocupación por transvestirse interfiere muy frecuentemente con las actividades habituales de la persona. Son habituales las dificultades de relación, y puede verse afectado también el rendimiento en la escuela o en el trabajo.

Especificaciones

Para los individuos sexualmente maduros, deben anotarse las siguientes especificaciones en base a la orientación sexual del individuo: **con atracción sexual por los varones, con atracción sexual por las mujeres, con atracción sexual por ambos sexos, sin atracción sexual por ninguno**. Los varones con el trastorno de la identidad sexual pueden presentar cualquiera de las cuatro especificaciones. Virtualmente, todas las mujeres con este trastorno recibirán la misma especificación —atracción sexual por las mujeres— a pesar de que existen casos excepcionales de mujeres que se sienten atraídas por los varones.

Procedimiento de tipificación

El código diagnóstico asignado depende de la edad del individuo: si el trastorno aparece en la niñez, se usa el código 302.6; si aparece en la adolescencia o en la vida adulta, se usa el código 302.85.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Muchos individuos con trastorno de identidad sexual acaban socialmente aislados. El aislamiento y el ostracismo conducen a una baja autoestima y pueden contribuir a sentir aversión por la escuela y a abandonarla. El rechazo y las burlas de los compañeros producen secuelas frecuentes que persisten en los niños con este trastorno; a menudo muestran rasgos y patrones de expresión femeninos muy acusados.

La alteración puede ser tan acusada que la vida de algunos individuos se centre solamente en estas actividades, que, por otra parte, intentan disminuir el malestar sexual. A menudo se preocupan por su aspecto físico, en especial en las primeras etapas de la transición para adoptar el papel del otro sexo. La relación con los padres puede también verse muy afectada. Algunos varones con este trastorno llegan a autotratarse con hormonas y muy raramente se castran o se amputan el pene. Especialmente en las ciudades, algunos individuos se dedican a la prostitución, lo que les expone muy fácilmente a contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los intentos de suicidio y los trastornos relacionados con sustancias se encuentran frecuentemente asociados a este cuadro.

Los niños con trastorno de la identidad sexual pueden manifestar, al mismo tiempo, trastorno de ansiedad por separación y síntomas depresivos. Los adolescentes están predispuestos a sufrir depresión, a presentar ideación suicida y a cometer intentos de suicidio. En los adultos puede haber síntomas de ansiedad y de depresión. Algunos varones adultos tienen una historia de fetichismo transvestista, así como otras parafilias. Los trastornos de la personalidad asociados son más frecuentes en los varones que en las mujeres (según observaciones realizadas en centros especializados).

Hallazgos de laboratorio. No hay ningún test diagnóstico específico para el trastorno de la identidad sexual. En presencia de una exploración física normal no está indicado realizar un ca-

riotipo de los cromosomas sexuales ni determinaciones de las hormonas correspondientes. Los tests psicológicos pueden revelar una identificación o unos patrones de comportamiento del otro sexo.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los individuos con trastorno de la identidad sexual tienen genitales normales (en contraste con los genitales ambiguos o el hipogonadismo encontrados en las enfermedades físicas intersexuales). Los varones adolescentes y adultos con este trastorno pueden presentar ginecomastia (como consecuencia de la administración de hormonas), falta de vello (debido a la depilación temporal o permanente) y otros cambios físicos como resultado de diversos procedimientos, como son la rinoplastia o la escisión del cartílago tiroideos (reducción quirúrgica de la nuez de Adán). En las mujeres que usan sujetadores se pueden observar pechos distorsionados o eritemas debido al uso de prendas de compresión. Las complicaciones posquirúrgicas que pueden presentarse en estas mujeres son cicatrices marcadas en la pared torácica, y en los varones, estructuras vaginales, fístulas rectovaginales, estenosis uretrales y desviación del flujo urinario. Las mujeres con este trastorno tienen una probabilidad más alta de presentar el síndrome del ovario poliquístico.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

Las mujeres con trastorno de la identidad sexual generalmente experimentan menos ostracismo debido a los intereses por el otro sexo y pueden sufrir menos rechazo por parte de las amigas, al menos hasta la adolescencia. Se ha observado que aproximadamente cinco chicos por cada chica que padecen este trastorno son enviados a centros especializados. En el caso de los varones y las mujeres, éstos duplican o triplican el número de ingresos en estos centros. En los niños el sesgo (con respecto a los varones) puede reflejar parcialmente el mayor estigma que el comportamiento del otro sexo supone para niños y niñas.

Prevalencia

No hay estudios epidemiológicos recientes que proporcionen datos sobre la prevalencia de este trastorno. Los datos de los países más pequeños de Europa, con acceso a las estadísticas de la población total, sugieren que 1 de cada 30.000 varones y 1 de cada 100.000 mujeres desean tratamiento quirúrgico.

Curso

El inicio de las actividades y del interés por el otro sexo en los niños que son enviados a centros especializados se presenta generalmente entre los 2 y los 4 años; algunos padres afirman que su hijo siempre ha presentado inclinaciones hacia el otro sexo. Sólo un pequeño número de niños con este trastorno continuará presentando síntomas que cumplan los criterios para el trastorno de la identidad sexual en las etapas avanzadas de la adolescencia o en la vida adulta. Frecuentemente, se envía a los niños a centros especializados a la edad de ir a la escuela, cuando los padres están preocupados porque lo que consideraban un «período transitorio» no parece remitir. La mayoría de los niños con trastorno de la identidad sexual muestran con el tiempo menos comportamientos típicos del otro sexo, menos preocupación por parte de los padres y menos rechazo por parte de los amigos. En las etapas avanzadas de la adolescencia o de la vida adulta aproximadamente tres cuartas partes de los niños que han tenido una historia de trastorno de la identidad sexual afirman tener una orientación homosexual o bisexual, pero sin ningún trastorno de la identi-

dad sexual concurrente. La mayor parte del resto afirma ser heterosexual, también sin trastornos de la identidad sexual concurrentes. Los porcentajes correspondientes a la orientación sexual de las niñas no se conocen. Algunos adolescentes presentan una identificación más clara con el otro sexo y solicitan cirugía de reasignación, o pueden continuar con confusión o disforia sexuales de manera crónica.

En los varones adultos existen dos evoluciones diferentes en el trastorno de la identidad sexual. El primero es una continuación de este trastorno, que se inició en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia: son los individuos que se encuentran en la última etapa de la adolescencia o en la edad adulta. En la segunda forma los signos más evidentes de identificación del otro sexo aparecen más tarde y de manera más gradual, con un cuadro clínico presente en las primeras etapas o en las etapas intermedias de la vida adulta frecuentemente después de, o algunas veces junto a, fetichismo transvestista. El grupo de inicio más tardío puede fluctuar más en el grado de identificación del otro sexo, mostrar mayor ambivalencia en cuanto a la cirugía de reasignación, presentar una mayor probabilidad de sentir atracción por las mujeres y una menor probabilidad de satisfacción después de la cirugía reasignadora. Los varones con este trastorno que sienten atracción por otros varones tienden a presentar, durante la adolescencia o las primeras etapas de la vida adulta, antecedentes de disforia sexual. Por el contrario, quienes se sienten atraídos por las mujeres, por los varones y las mujeres, o por ninguno de ellos, tienden a ser detectados más tarde y a presentar antecedentes de fetichismo transvestista. Si el trastorno de la identidad sexual aparece en la etapa adulta, tiende a tener un curso crónico, aunque algunas veces se han observado remisiones espontáneas.

Diagnóstico diferencial

El trastorno de la identidad sexual puede diferenciarse del **comportamiento de disconformidad con el papel del propio sexo** por la magnitud y la extensión de los deseos, de los intereses y de las actividades propias del otro sexo. Este trastorno no se refiere al comportamiento de disconformidad con el papel del propio sexo, como, por ejemplo, los comportamientos de «marimacho» en las niñas y de «afeminado» en los niños. Por el contrario, el trastorno representa una profunda alteración del sentido de identidad del individuo con respecto a la masculinización o a la feminización. Al comportamiento de los niños que no se corresponde con el estereotipo cultural de masculinidad o femineidad no debe asignársele el diagnóstico de este trastorno a no ser que se dé todo el síndrome, con malestar y deterioro.

El **fetichismo transvestista** aparece en varones heterosexuales (o bisexuales) para quienes el comportamiento transvestista tiene como finalidad la excitación sexual. Aparte del transvestismo, la mayoría de los individuos con fetichismo transvestista no presentan una historia de comportamientos típicos del otro sexo durante la infancia. Los varones con un cuadro clínico que cumpla todos los criterios para el trastorno de la identidad sexual, así como para el fetichismo transvestista, deben ser diagnosticados de ambos trastornos. Si aparece disforia sexual en un individuo con fetichismo transvestista, pero no se cumplen todos los criterios para el trastorno de la identidad sexual, puede usarse entonces la especificación con disforia sexual.

Puede usarse la categoría de **trastorno de la identidad sexual no especificado** para los individuos que tienen un problema de identidad sexual junto a una enfermedad intersexual congénita concurrente (p. ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita).

En la **esquizofrenia** rara vez hay ideas delirantes de pertenecer al otro sexo. La insistencia por parte de un individuo de ser del otro sexo no debe ser considerada delirante, ya que lo que realmente se valora es el sentirse del otro sexo y no la creencia de pertenecer a él. Sin embargo, en casos muy raros coexisten la esquizofrenia y el trastorno de la identidad sexual.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 define tres trastornos diferentes: trastorno de la identidad sexual de la infancia, transvestismo de rol doble y transexualismo; en el DSM-IV, estas tres entidades están recogidas dentro de una misma categoría, denominada trastorno de la identidad sexual.

■ Criterios para el diagnóstico de F64.x Trastorno de la identidad sexual [302.xx]

- A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

- (1) deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo
- (2) en los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina
- (3) preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo
- (4) deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo
- (5) preferencia marcada por compañeros del otro sexo

En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

- B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.

En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos: en los niños, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

- C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F64.x Trastorno de la identidad sexual [302.xx] (continuación)

Codificar según la edad actual:

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en niños [302.6]

F64.0 Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos [302.85]

Codificar si (para individuos sexualmente maduros):

Con atracción sexual por los varones

Con atracción sexual por las mujeres

Con atracción sexual por ambos sexos

Sin atracción sexual por ninguno

F64.9 Trastorno de la identidad sexual no especificado [302.6]

Esta categoría se incluye para codificar los trastornos de la identidad sexual que no se clasifican como un trastorno de la identidad sexual específico. Los ejemplos incluyen:

1. Enfermedades intersexuales (p. ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita) y disforia sexual acompañante.
2. Comportamiento transvestista transitorio relacionado con el estrés.
3. Preocupación persistente por la castración o la penectomía, sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo.

F52.9 Trastorno sexual no especificado [302.9]

Esta categoría se incluye para codificar los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico y que no constituyen una disfunción sexual ni una parafilia. Los ejemplos incluyen:

1. Sensación profunda de inadecuación con respecto a la actitud sexual u otros rasgos relacionados con los estándares autoimpuestos de masculinidad o femineidad.
2. Malestar debido a un patrón de relaciones sexuales repetidas caracterizadas por sucesiones de amantes que constituyen solamente objetos para ser usados.
3. Malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En este capítulo se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La **anorexia nerviosa** se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La **bulimia nerviosa** se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. En esta sección se incluye también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico.

Aunque la obesidad simple está incluida en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, este hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico (pág. 691).

Los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria que se diagnostican con más frecuencia en la infancia y la niñez (p. ej., pica, trastorno de rumiación, y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez) se incluyen en la sección «Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez» (pág. 99).

F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]

Características diagnósticas

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea. (El término *anorexia* es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito.)

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (Criterio A). Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura). El Criterio A proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso

de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría). Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los Criterios de Investigación de la CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 kg/m². (El IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la altura.) Estos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinadas. Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales (Criterio C). Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas «obesas». El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

En niñas que ya hayan tenido la primera regla la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculostimulantes [FSH] y luteinizante [LH]) es indicadora de una disfunción fisiológica (Criterio D). La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia.

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso *per se*. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

Subtipos

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo. Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor. Como estas características se observan también en las personas sin anorexia nerviosa que pasan hambre, muchos de los síntomas depresivos pudieran ser secundarios a las secuelas fisiológicas de la semiinanición. Por eso es necesario reevaluar los síntomas propios de los trastornos del estado de ánimo una vez que la persona haya recuperado peso (parcial o totalmente).

Se han observado en estos enfermos características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición. Cuando los individuos con anorexia nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso, se realizará el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo. Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa.

En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los del tipo compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente.

Hallazgos de laboratorio. Si bien en algunas personas con anorexia nerviosa no hay hallazgos de laboratorio anormales, la semiinanición característica de este trastorno puede afectar la mayoría de los órganos y producir una gran variedad de alteraciones. Asimismo, la provocación del vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos y el uso de enemas pueden provocar trastornos que conducen a resultados de laboratorio anormales.

Hemograma: Es frecuente la aparición de leucopenia y de anemia leve; rara vez se observa trombocitopenia.

Bioquímica: La deshidratación puede reflejarse en niveles altos de urea en la sangre. Existe muy a menudo hipercolesterolemia; las pruebas de la función hepática están aumentadas. Ocasionalmente se ha detectado hipomagnesemia, hipocincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia. Los vómitos autoinducidos pueden producir alcalosis metabólica (bicarbonato sérico aumentado), hi-

pocloremia e hipopotasemia, y el abuso de laxantes, acidosis metabólica. Los niveles séricos de tiroxina (T_4) suelen estar en el límite normal-bajo y los de triyodotironina (T_3), disminuidos. Habitualmente se observan también hiperadrenocortisolismo y respuestas anormales a diferentes pruebas endocrinas.

Las mujeres presentan niveles séricos bajos de estrógenos y los varones niveles asimismo bajos de testosterona. Se produce una regresión del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal en ambos sexos (el patrón de secreción circadiana de la hormona luteinizante [LH] es similar al de los individuos prepuberales o puberales).

Electrocardiograma: Se observan bradicardia sinusal y rara vez arritmias.

Electroencefalograma: Puede haber anormalidades difusas (que reflejan una encefalopatía metabólica) como consecuencia de alteraciones significativas de líquidos y electrolitos.

Estudio cerebral por técnicas de imagen: Frecuentemente se observa un aumento del cociente ventrículo/cerebro relacionado con la desnutrición.

Gasto específico en reposo: A menudo está reducido de forma significativa.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Muchos de los signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa son atribuibles a la inanición. Además de amenorrea, puede haber estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva. El hallazgo más evidente de la exploración física es la emaciación; también puede haber hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel. Algunos individuos presentan lanugo, un vello fino, en el tronco. La mayoría de los individuos tienen bradicardia. Algunos muestran edemas periféricos (especialmente al recuperar el peso o al dejar de tomar laxantes y diuréticos). Excepcionalmente, se observan petequias, en general en las extremidades, indicadoras de diátesis hemorrágica. En algunas personas el color de la piel es amarillento (asociado a hipercarotinemia) y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente las glándulas parótidas. Las personas que se provocan el vómito muestran a veces erosiones dentales, y algunas presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito.

El estado de semiinanición propio de este trastorno y las purgas a las que normalmente se asocia pueden dar lugar a enfermedades médicas asociadas, como son anemia normocítica normocroma, función renal alterada (asociada con deshidratación crónica e hipopotasemia), trastornos cardiovasculares (por disminución de la ingesta y absorción de calcio, secreción reducida de estrógenos y secreción aumentada de cortisol).

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La anorexia nerviosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres). Este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica; de la prevalencia de este trastorno en otras culturas se posee muy poca información. Las personas que proceden de culturas en las que la anorexia nerviosa es poco frecuente y que se trasladan a lugares donde este trastorno es más prevalente pueden presentar la enfermedad cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza. Los factores culturales influyen también en las manifestaciones de la enfermedad. Por ejemplo, en algunas culturas la percepción distorsionada del cuerpo puede no ser importante, por lo que los motivos de la restricción alimentaria son entonces distintos: por malestar epigástrico o por aversión a los alimentos.

La anorexia nerviosa raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepu-

berales. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90 % de los casos de anorexia nerviosa se observa en mujeres.

Prevalencia

Los estudios sobre prevalencia realizados entre chicas adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje del 0,5-1 % para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. Es más frecuente encontrar a individuos que no presentan el trastorno completo (p. ej., trastorno de la conducta alimentaria no especificado). Existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno en individuos varones. En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado.

Curso

La edad promedio de inicio de la anorexia nerviosa es 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El comienzo de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante como, por ejemplo, el abandono del hogar para ir a estudiar. El curso y el desenlace del trastorno son muy variables. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de caída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. Para establecer el peso del individuo y el equilibrio hidroelectrolítico es necesario que el enfermo ingrese en un centro hospitalario. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros universitarios es aproximadamente del 10 %. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

Patrón familiar

Existe un riesgo mayor de padecer este trastorno entre los parientes de primer grado. Se ha observado asimismo que los familiares de primer grado presentan mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo, especialmente los parientes de los enfermos del tipo compulsivo/purgativo. Los estudios que se han realizado en gemelos han revelado un mayor índice de concordancia en los gemelos monocigotos que en los dicigotos.

Diagnóstico diferencial

Es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años). En las *enfermedades médicas* (p. ej., enfermedad digestiva, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida) puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más. El *síndrome de la arteria mesentérica superior* (caracterizado por vómitos postprandiales secundarios a obstrucción intermitente del vaciamiento gástrico) debe diferenciarse de la anorexia nerviosa, aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan aquella (debido a su emaciación). En el *trastorno depresivo mayor* puede haber una pérdida de

peso importante, pero la mayoría de los individuos con este trastorno no tienen deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso. En la *esquizofrenia* se observan patrones de alimentación bastante raros; los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal (necesarias para establecer el diagnóstico de anorexia nerviosa).

Algunas características de la anorexia nerviosa forman parte de los criterios para la **fobia social**, el **trastorno obsesivo-compulsivo** y el **trastorno dismórfico**. Los enfermos se sienten humillados y molestos al comer en público (al igual que en la fobia social); pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos (al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo) o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario (como en el trastorno dismórfico). Cuando el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales limitados a la conducta alimentaria, no debe establecerse el diagnóstico de fobia social, pero, si existen fobias sociales no relacionadas con la conducta alimentaria (p. ej., miedo excesivo a hablar en público), es necesario realizar el diagnóstico adicional de fobia social. De manera similar, debe efectuarse el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo si el enfermo presenta obsesiones y compulsiones no relacionadas con el alimento (p. ej., miedo excesivo a contaminarse), y el de trastorno dismórfico sólo si la alteración no está relacionada con la silueta y el tamaño corporales (p. ej., preocupación por tener una nariz demasiado grande).

En la **bulimia nerviosa** los individuos presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso (p. ej., vómitos), y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y el peso corporales. Sin embargo, a diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa (tipo compulsivo/purgativo), las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios de Investigación de la CIE-10 y los criterios diagnósticos del DSM-IV para la anorexia nerviosa difieren en diversos aspectos. La CIE-10 requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de «comidas grasas» y, en el varón, comporte una pérdida del interés y de la potencia sexual (correspondiendo a lo que en las mujeres sería la amenorrea). Finalmente, a diferencia del DSM-IV donde el diagnóstico de anorexia nerviosa tiene preferencia sobre el de bulimia nerviosa, la CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

■ Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]
(continuación)

- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

F50.2 Bulimia nerviosa [307.51]

Características diagnósticas

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses (Criterio C).

Se define *atracción* como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (Criterio A1). El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón —lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario—. Un «período corto de tiempo» significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir «picando» pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más di-

simuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control (Criterio A2). El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (Criterio B). Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80-90 % de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad; raras veces toman jarabe de ipecacuana. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (Criterio D). Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

Subtipos

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

Tipo purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los individuos con bulimia nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. El trastorno puede aparecer en individuos con obesidad moderada y «mórbida». Algunos datos sugieren que, antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente sana. Entre atracón y atracón reducen la ingesta calórica y escogen alimentos de bajo contenido calórico («dietéticos»), a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden desencadenar un atracón.

La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con bulimia nerviosa es alta (p. ej., baja autoestima), al igual que los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor). En muchos individuos la alteración del estado se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa. Sin embargo, en ocasiones el trastorno del estado de ánimo precede a la bulimia nerviosa. Hay asimismo una incidencia elevada de síntomas de ansiedad (p. ej., miedo a las situaciones sociales) o de trastornos de ansiedad. Todos estos síntomas de ansiedad y depresión desaparecen cuando se trata la bulimia nerviosa. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias (alcohol y estimulantes) en aproximadamente un tercio de los sujetos. El consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso. Probablemente entre un tercio y la mitad de los individuos con bulimia nerviosa tienen rasgos de la personalidad que cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad (la mayoría de las veces trastorno límite de la personalidad).

Datos preliminares sugieren que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo.

Hallazgos de laboratorio. Las purgas conducen con frecuencia a alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia). La pérdida de ácido clorhídrico producida por el vómito puede determinar una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), y las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica. Algunos individuos con bulimia nerviosa presentan niveles séricos ligeramente altos de amilasa, que posiblemente sean reflejo del aumento de la isoenzima salivar.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los vómitos recurrentes pueden dar lugar a una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, especialmente de la superficie posterior de los incisivos. Estos dientes pueden resquebrajarse y parecer rotos o carcomidos; puede haber asimismo muchas cavidades en la superficie de los dientes. En algunos individuos las glándulas salivales, sobre todo la glándula parótida, se encuentran aumentadas de tamaño. Los enfermos que se inducen el vómito estimulando el reflejo pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano (debido a los traumatismos provocados por la dentadura). Se han descrito también miopatías esqueléticas y cardíacas graves en los sujetos que toman regularmente jarabe de ipecacuana para inducir el vómito.

En las mujeres con bulimia nerviosa se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea; no está del todo claro si estas alteraciones se relacionan con fluctuaciones de peso, déficit nutritivos o estrés emocional. Los individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica (para estimular la motilidad intestinal) pueden acabar presentando dependencia a este tipo de fármacos. Los desequilibrios electrolíticos producto de las purgas llegan a veces a ser de la suficiente importancia como para constituir un problema médico grave. Se han observado otras complicaciones que, aunque raras, pueden causar la muerte del individuo (desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas). En comparación con los enfermos que padecen bulimia nerviosa del tipo no purgativo, los del tipo purgativo presentan una probabilidad más alta de padecer problemas físicos, como alteraciones de líquidos y electrolitos.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La bulimia nerviosa afecta a los individuos de la mayoría de los países industrializados, entre los que se incluyen Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Se dispone de muy poca información sobre la prevalencia de este trastorno en otras culturas. En estudios clínicos realizados en Estados Unidos se ha observado que las personas con este trastorno son mayoritariamente de raza blanca, aunque el trastorno también puede afectar a otros grupos étnicos.

Por lo menos un 90 % de las personas que padecen bulimia nerviosa (personas hospitalizadas y población general) son mujeres. Algunos datos sugieren que en los varones con bulimia nerviosa hay una prevalencia más alta de obesidad premórbida que en las mujeres.

Prevalencia

La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3 %. Entre los varones la prevalencia es diez veces menor.

Curso

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de nuestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones. Se desconoce la evolución a largo plazo.

Patrón familiar

Varios estudios han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias en los familiares de primer grado. Puede existir una tendencia familiar a la obesidad, pero falta confirmación de este hecho.

Diagnóstico diferencial

A los individuos con atracones que aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa se les diagnostica **anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo**, y *no* debe establecer-

se el diagnóstico adicional de bulimia nerviosa. El juicio clínico decidirá si el diagnóstico más correcto para una persona con episodios de atracones y purgas posteriores, que no cumplen los criterios para anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo (p. ej., cuando el peso es normal o las menstruaciones son regulares), es anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo en remisión parcial o bulimia nerviosa.

En algunas enfermedades neurológicas y médicas (como el **síndrome de Kleine-Levin**) se ha observado una conducta alimentaria alterada, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (rasgo psicológico característico de la bulimia nerviosa). El comer en exceso es frecuente en el **trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos**, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, deben establecerse los dos diagnósticos. Los atracones están incluidos entre las conductas impulsivas que forman parte de la definición del trastorno límite de la personalidad, de modo que si se cumplen los criterios para ambos trastornos, también se establecerán los dos diagnósticos.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, excepto en lo que hace referencia a la relación entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. A diferencia del DSM-IV, que excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa si esta conducta tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa, la CIE-10, por su parte, excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

■ Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa [307.51]

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 - (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa [307.51]
(continuación)

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso

F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50]

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (v. pág. 745 para los criterios que se sugieren).

Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño están divididos en cuatro grandes apartados según su posible etiología. Los **trastornos primarios del sueño** son aquellos que no tienen como etiología ninguno de los siguientes trastornos: otra enfermedad mental, una enfermedad médica o una sustancia. Estos trastornos del sueño aparecen presumiblemente como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia, que a menudo se ven agravadas por factores de condicionamiento. A su vez, estos trastornos se subdividen en **disomnias** (caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño) y en **parasomnias** (caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia).

El **trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental** consiste en alteraciones del sueño debidas a un trastorno mental diagnosticable (a menudo trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad), que es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Probablemente, los mecanismos fisiopatológicos responsables del trastorno mental también afectan la regulación del ciclo sueño-vigilia.

El **trastorno del sueño debido a una enfermedad médica** consiste en alteraciones del sueño como consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica sobre el sistema sueño-vigilia.

El **trastorno del sueño inducido por sustancias** consiste en alteraciones del sueño como consecuencia del consumo o del abandono de una sustancia en particular (fármacos incluidos).

El estudio sistemático de los individuos que presentan alteraciones del sueño importantes supone una evaluación del tipo específico de alteración y de los trastornos mentales, médicos o relacionados con sustancias (fármacos incluidos) que pudieran ser responsables del trastorno del sueño.

Mediante la polisomnografía se pueden registrar cinco estadios del sueño diferentes: el sueño con movimientos oculares rápidos (REM) y cuatro estadios de sueño con reducción de los movimientos oculares rápidos (NREM) (estadios 1, 2, 3 y 4). En el estadio 1 NREM se produce la transición de la vigilia al sueño y constituye un 5 % del tiempo total de sueño en los adultos sanos. El estadio 2 NREM, que se caracteriza por ondas electroencefalográficas específicas (husos del sueño y complejos K) constituye un 50 % del tiempo de sueño. Los estadios 3 y 4 NREM (también conocidos como sueño de ondas lentas) son los períodos de sueño más profundo y constituyen aproximadamente un 10-20 % del sueño. El sueño REM, durante el cual tiene lugar la mayor parte de la actividad onírica, constituye alrededor del 20-25 % del sueño total.

Estos estadios de sueño presentan una organización temporal a lo largo de la noche. Los estadios 3 y 4 NREM tienden a aparecer desde el primer tercio hasta la mitad de la noche y aumentan su duración en respuesta a la privación de sueño. El sueño REM aparece de un modo cíclico a lo largo de la noche, alternándose con el sueño NREM cada 80-100 min. Los períodos de sueño REM aumentan su duración al amanecer. El sueño humano también varía de un modo característico a lo largo de la vida. Después de observarse una estabilidad relativa en la niñez y

las primeras etapas de la adolescencia en cuanto a la presencia de sueño de ondas lentas, la continuidad y la profundidad del sueño van deteriorándose a lo largo de la vida adulta. Este deterioro se refleja en un aumento de la vigilia y del estadio 1 del sueño y en una disminución de las fases 3 y 4. A causa de todo ello es necesario considerar la edad del individuo a la hora de efectuar el diagnóstico de un trastorno del sueño.

La *polisomnografía* es la técnica utilizada para monitorizar los múltiples parámetros electrofisiológicos durante el sueño y supone habitualmente la medición de la actividad electroencefalográfica, electrooculográfica y electromiográfica. Otras medidas polisomnográficas son el flujo aéreo oral y nasal, el esfuerzo respiratorio, el movimiento de la pared torácica y abdominal, la saturación de oxihemoglobina y la concentración de dióxido de carbono espirado; todas estas medidas se usan para monitorizar la respiración durante el sueño y para detectar la presencia y gravedad de la apneas. La medición de la actividad electromiográfica se utiliza para detectar movimientos durante el sueño. La mayoría de los estudios polisomnográficos se llevan a cabo durante el horario de sueño habitual del individuo, es decir, durante la noche. Sin embargo, los estudios polisomnográficos diurnos también se usan para cuantificar la somnolencia diurna. La técnica más frecuentemente utilizada es el test de latencia múltiple (MSLT = *múltiple sleep latency test*), en el que el sujeto se acuesta en una habitación sin luz y con la obligación de no hacer esfuerzos para no dormirse; este procedimiento se repite cinco veces durante el día. La latencia del sueño (tiempo requerido para dormirse) se mide en cada prueba y se usa como índice de somnolencia fisiológica. La técnica inversa al MSLT también se usa a menudo: en el test repetido de vigilia sostenida (RTSW = *repeated test of sustained wakefulness*) se coloca al individuo en una habitación sin ruidos y con poca iluminación, y se le indica que permanezca despierto; este procedimiento se repite varias veces durante el día. Se mide asimismo la latencia del sueño, pero se usa como índice de la capacidad individual para mantener la vigilia.

En esta sección se utiliza la terminología estándar para las mediciones polisomnográficas: la *continuidad del sueño* se define como el promedio total de sueño y vigilia durante una noche. Una continuidad de sueño «mejor» indica un sueño consolidado y con pocos despertares; una continuidad del sueño «peor» indica un sueño interrumpido por bastantes despertares. Las medidas de la continuidad específica del sueño comprenden la *latencia del sueño* —el tiempo requerido para dormirse (expresado en minutos)—; *despertares intermitentes* —el tiempo que se permanece despierto, una vez iniciado el sueño (expresado en minutos)—, y la *eficacia del sueño* —el cociente entre el tiempo dormido y el tiempo permanecido en cama (expresada en porcentaje, las cifras elevadas indican una mejor continuidad del sueño)—. La *arquitectura del sueño* se refiere al número y a la distribución de estadios de sueño específicos. Las medidas de la arquitectura del sueño incluyen proporciones absolutas de sueño REM y cada uno de los estadios de sueño NREM (en minutos), proporciones relativas de sueño REM y de estadios NREM (expresados en porcentajes de tiempo total de sueño) y la latencia entre el inicio del sueño y el primer período REM (latencia REM).

El texto de cada trastorno del sueño contiene un apartado que describe su relación con los trastornos correspondientes del *International Classification of Sleep Disorders (ICSD): Diagnostic and Coding Manual*, publicado en 1990 por la American Sleep Disorders Association.

Trastornos primarios del sueño

Disomnias

Las disomnias son trastornos primarios del inicio o el mantenimiento del sueño, o de somnolencia excesiva, que se caracterizan por un trastorno de la cantidad, la calidad y el horario del sue-

ño. Este capítulo incluye el insomnio primario, la hipersomnia primaria, la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano y la disomnia no especificada.

F51.0 Insomnio primario [307.42]

Características diagnósticas

La característica esencial del insomnio primario es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador durante al menos 1 mes (Criterio A), que provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B). Esta alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño (Criterio C) u otro trastorno mental (Criterio D) y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica (Criterio E).

Los individuos con insomnio primario presentan muy a menudo una combinación de dificultades para dormir y despertares frecuentes durante la noche. Con menos frecuencia se quejan únicamente de no tener un sueño reparador, es decir, tienen la sensación de que su sueño ha sido inquieto, poco profundo y de poca calidad. Este trastorno se suele asociar con un aumento del nivel de alerta fisiológica y psicológica durante la noche, junto a un condicionamiento negativo para dormir. La preocupación intensa y el malestar por la imposibilidad de dormir bien pueden generar un círculo vicioso: cuanto más intenta el individuo dormir, más frustrado y molesto se encuentra, y menos duerme. Estar acostado en una cama en la que la persona ha pasado a menudo noches sin dormir puede producir frustración y activación condicionada. Por el contrario, el individuo puede dormirse más fácilmente cuando no lo intenta (p. ej., mientras mira la televisión, lee o conduce el coche). Algunas personas con un estado de alerta alto y un condicionamiento negativo explican que duermen mejor fuera de su dormitorio y de su entorno. El insomnio crónico puede provocar una disminución de la sensación de bienestar durante el día (p. ej., alteración del estado de ánimo y de la motivación; atención, energía y concentración disminuidas, y un aumento de la sensación de fatiga y malestar). A pesar de que los individuos presentan a menudo la queja subjetiva de fatiga diurna, los estudios polisomnográficos no demuestran generalmente la presencia de un aumento de los signos fisiológicos de somnolencia.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Muchos individuos con insomnio primario tienen una historia de sueño «superficial» o fácilmente alterable antes de la aparición de problemas de sueño persistentes. Otros factores asociados son una preocupación excesiva (ansiosa) por la salud y un aumento de la sensibilidad a los efectos diurnos de la falta, aunque sea ligera, de sueño. Puede haber síntomas de ansiedad o depresión, que no cumplen los criterios para establecer el diagnóstico de un trastorno mental; asimismo, pueden aparecer problemas en las relaciones interpersonales, laborales o sociales (como resultado de la excesiva preocupación por el sueño), irritabilidad diurna y disminución de la concentración. Los problemas de inatención y de concentración pueden, a su vez, producir accidentes. Los individuos con este trastorno presentan a veces una historia de trastornos mentales, en especial trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. Recíprocamente, la alteración crónica del sueño que caracteriza el insomnio primario constituye un factor de riesgo para (o posiblemente un primer síntoma de) subsiguientes trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. Las personas afectadas por este trastorno

a menudo utilizan medicamentos de manera inapropiada: hipnóticos y alcohol para favorecer el sueño, ansiolíticos para combatir la tensión y la ansiedad, y cafeína u otros estimulantes para combatir la fatiga diurna excesiva. En algunos casos este consumo de sustancias progresa a abuso o dependencia de sustancias.

Hallazgos de laboratorio. La polisomnografía puede demostrar una pobre continuidad del sueño (p. ej., aumento de la latencia del sueño, aumento de los despertares y disminución de la eficacia del sueño), aumento del estadio 1 del sueño, disminución de los estadios 3 y 4, aumento de la tensión muscular o aumento de la cantidad de actividad electroencefalográfica alfa durante el sueño. Estas características deben ser interpretadas dentro de las normas adecuadas para la edad. Algunas personas explican que duermen mejor en el laboratorio que en su casa, lo que sugiere una base condicionada de las quejas de sueño. Otras pruebas psicofisiológicas pueden también mostrar un nivel de activación alto (p. ej., tensión muscular aumentada o reactividad fisiológica al estrés excesiva). Los individuos con insomnio primario pueden obtener puntuaciones altas en los cuestionarios psicológicos y de personalidad (p. ej., en los perfiles que indican depresión y ansiedad crónica y leve, un estilo «internalizador» de resolución de conflictos y una focalización somática).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los individuos con insomnio primario pueden presentar fatiga y cansancio, pero no muestran ninguna otra irregularidad en la exploración física. Puede existir un aumento de la incidencia de problemas psicofisiológicos relacionados con el estrés (p. ej., cefalea tensional, tensión muscular aumentada, molestias gástricas).

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

Existen datos que demuestran que las quejas de insomnio son más prevalentes a medida que aumenta la edad y son más frecuentes en las mujeres. Los adultos jóvenes a menudo aquejan dificultad para conciliar el sueño, mientras que las personas que se encuentran en la etapa media de la vida y la gente mayor tienen más probabilidades de presentar dificultades a la hora de mantener el sueño y una mayor tendencia a despertarse pronto por la mañana. Paradójicamente, a pesar de la mayor prevalencia de quejas de insomnio entre las mujeres de edad, los estudios polisomnográficos indican generalmente una mejor preservación de la continuidad y del sueño de ondas lentas en las mujeres mayores que en los varones de edad. No se conoce la causa de la discrepancia entre la propia opinión y los datos de laboratorio.

Prevalencia

No se conoce el índice exacto de prevalencia del insomnio primario en la población general. Los estudios poblacionales muestran una prevalencia anual de quejas de insomnio del 30-40 % en los adultos (si bien no se ha establecido el porcentaje de personas cuyo trastorno del sueño cumpliría los criterios para el insomnio primario). En los centros especializados en trastornos del sueño aproximadamente a un 15-25 % de los individuos con insomnio crónico se les diagnostica insomnio primario.

Curso

Los factores que desencadenan el insomnio primario pueden ser muy diferentes de los que lo mantienen. La mayoría de los casos tienen un inicio repentino, coincidiendo con una situación de

estrés psicológico, social o médico. El insomnio primario persiste a menudo mucho tiempo después de que la causa originaria haya desaparecido, debido a la presencia de un nivel de alerta alto y de un condicionamiento negativo. Por ejemplo, una persona con una herida dolorosa y que pasa mucho tiempo en cama y tiene problemas para dormir puede desarrollar asociaciones negativas en torno al sueño. Así pues, las asociaciones negativas, el nivel de alerta aumentado y los despertares condicionados pueden persistir después del período de convalecencia, produciendo insomnio primario. Algo similar ocurre con el insomnio que aparece como consecuencia de una situación de estrés psicológico agudo o de un trastorno mental. Por ejemplo, el insomnio que aparece durante un trastorno depresivo mayor puede constituir un foco excesivo de atención, con el consiguiente condicionamiento negativo y la persistencia durante mucho tiempo después de la resolución del episodio depresivo. En algunos casos el insomnio primario puede aparecer de manera gradual en ausencia de un agente estresante claro.

El insomnio primario se inicia habitualmente en las primeras etapas de la vida adulta o en la edad media de la vida, y es raro observarlo en la infancia o la adolescencia. Sin embargo, en casos excepcionales el insomnio aparece en la infancia. El curso de este trastorno es variable: puede limitarse a un período de varios meses, especialmente si es producido por un estresante psicológico o médico que posteriormente desaparece. El curso más frecuente de esta enfermedad consiste en una fase inicial de empeoramiento progresivo durante semanas o meses, seguido de una fase crónica de alteración del sueño que puede durar muchos años. Algunos individuos presentan un curso episódico, con períodos de mejor o peor sueño, que aparece en respuesta a diferentes acontecimientos de la vida como vacaciones o estrés.

Patrón familiar

Hay predisposición familiar a padecer un sueño superficial y alterado. Hasta el momento no se han llevado a cabo estudios genéticos y/o familiares serios.

Diagnóstico diferencial

La duración «normal» del sueño varía considerablemente en la población general. Algunos individuos que no necesitan dormir mucho («gente que duerme poco») están preocupados por la duración de su sueño. La **gente que duerme poco** se diferencia de las personas con insomnio primario en que no tienen dificultad para conciliar el sueño y por la ausencia de síntomas característicos de insomnio primario (p. ej., despertares frecuentes, fatiga, problemas de concentración o irritabilidad).

La somnolencia diurna, que constituye un rasgo característico de la **hipersomnia primaria**, puede aparecer también durante el insomnio primario, pero en este caso no es tan grave. Cuando se considera que la somnolencia diurna es debida al insomnio, no debe efectuarse un diagnóstico adicional de hipersomnia primaria.

El *jet lag* y los cambios de turno de trabajo, pertenecientes al **trastorno del ritmo circadiano**, se diferencian del insomnio primario por la historia reciente de viajes transmeridionales o de cambios de turno de trabajo. Los individuos con el tipo sueño retrasado, perteneciente al trastorno del ritmo circadiano, explican que padecen insomnio de conciliación sólo cuando intentan dormir a horas socialmente normales, pero no tienen dificultad en conciliar el sueño o de mantenerlo cuando duermen a sus horas preferidas.

La **narcolepsia** puede dar lugar a quejas relacionadas con el insomnio, especialmente en adultos. Sin embargo, la narcolepsia casi nunca causa problemas importantes de insomnio y se diferencia del insomnio primario por síntomas como somnolencia diurna intensa, cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas.

El **trastorno del sueño relacionado con la respiración**, sobre todo la apnea central, puede suponer problemas de insomnio crónico y de afectación durante el día. Una historia clínica detallada puede revelar pausas periódicas de la respiración durante el sueño o una respiración *crescendo-decrescendo* (respiración de Cheyne-Stokes). Una historia de lesión o enfermedad del sistema nervioso central puede sugerir la presencia del trastorno relacionado con la respiración. La polisomnografía puede confirmar la existencia de episodios apneicos. La mayoría de los individuos con este trastorno presenta apnea obstructiva, que puede diferenciarse del insomnio primario por una historia de ronquidos, pausas respiratorias durante el sueño, y somnolencia diurna excesiva.

Las **parasomnias** se caracterizan por un comportamiento inusual o por acontecimientos que se producen durante el sueño y que algunas veces conducen a despertares intermitentes. Sin embargo, son estos comportamientos, y no el insomnio, las que predominan en el cuadro clínico de las parasomnias.

El insomnio primario debe diferenciarse de los **trastornos mentales que presentan insomnio como característica esencial o asociada** (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, esquizofrenia). El diagnóstico de insomnio primario no se establece si el insomnio aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental. Es esencial realizar una exploración exhaustiva para detectar la presencia de otros trastornos mentales, una vez considerado el diagnóstico de insomnio primario. El diagnóstico de insomnio primario puede realizarse en presencia de otro trastorno mental (actual o pasado) si se considera que el trastorno mental no es responsable del insomnio o si el insomnio y el trastorno mental tienen un curso independiente. Por el contrario, cuando el insomnio parece una manifestación de, y aparece únicamente en el transcurso de, otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo o trastorno psicótico), el diagnóstico más adecuado es **insomnio relacionado con otro trastorno mental**. Sólo debe considerarse este diagnóstico si el insomnio es el síntoma predominante y es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente; de otro modo, no es necesario efectuar un diagnóstico independiente.

El insomnio primario debe diferenciarse del **trastorno del sueño debido a enfermedad médica tipo insomnio**. El diagnóstico debe ser trastorno del sueño debido a enfermedad médica cuando se considera que el insomnio es consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica específica (p. ej., feocromocitoma, hipertiroidismo) (v. pág. 613). Esta decisión debe basarse en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física. El **trastorno del sueño inducido por sustancias, tipo insomnio**, se diferencia del insomnio primario por el hecho de que alguna sustancia (p. ej., drogas, fármacos, o tóxicos) puede considerarse relacionada etiológicamente con el insomnio (v. pág. 617). Por ejemplo, el insomnio que se produce sólo por haber ingerido mucho café se diagnosticará como trastorno del sueño inducido por cafeína, tipo insomnio, de inicio durante la intoxicación.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para el insomnio primario prácticamente iguales, excepto en que la CIE-10 requiere que la frecuencia de aparición de los síntomas sea de como mínimo tres veces a la semana durante por lo menos 1 mes.

Relación con Clasificación Internacional of Sleep Disorders (ICSD)

El insomnio primario engloba una serie de diagnósticos de insomnio de la ICSD, como son el insomnio psicofisiológico, la mala percepción del estado de sueño, el insomnio idiopático y algunos casos de higiene de sueño inadecuada. El insomnio psicofisiológico se asemeja mucho al in-

somnio primario, especialmente en términos de nivel de alerta y de factores de condicionamiento. La mala percepción del estado de sueño es un trastorno caracterizado por quejas de insomnio, con una marcada diferencia entre las estimaciones subjetivas y las objetivas. El insomnio idiopático incluye los casos de inicio en la infancia y con un curso de por vida, probablemente debido a una alteración del control neurológico del sistema sueño-vigilia. La higiene de sueño inadecuada se refiere al insomnio que se produce como consecuencia de comportamientos que aumentan el nivel de alerta o que alteran la arquitectura del sueño (p. ej., trabajar hasta tarde por la noche, hacer demasiadas siestas durante el día o dormir siguiendo un horario irregular).

■ Criterios para el diagnóstico de F51.0 Insomnio primario [307.42]

- A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.
- B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

F51.1 Hipersomnia primaria [307.44]

Características diagnósticas

La característica esencial de la hipersomnia primaria es una somnolencia excesiva durante al menos 1 mes, evidenciada tanto por episodios prolongados de sueño como por episodios de sueño diurno que se producen prácticamente cada día (Criterio A). La somnolencia excesiva debe ser de suficiente gravedad como para provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B); no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño (Criterio C) o de otro trastorno mental (Criterio D) ni se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica (Criterio E).

En los individuos con hipersomnia primaria la duración del episodio de sueño más largo (para la mayoría de las personas, el sueño nocturno) oscila entre 8 y 12 horas, y a menudo se acompaña de problemas a la hora de levantarse. La calidad real del sueño nocturno es normal. La somnolencia excesiva durante las horas habituales de vigilia toma la forma de siestas intencionadas o

de episodios de sueño inadvertidos. Las determinaciones objetivas demuestran una somnolencia fisiológica aumentada. Las siestas durante el día tienden a ser relativamente largas (a menudo duran 1 hora o más), el individuo no nota que sean reparadoras y muy a menudo no producen una mejora en el nivel de alerta. Habitualmente, las personas que padecen este trastorno presentan la somnolencia de forma creciente a lo largo de un período de tiempo determinado, no experimentando «ataques» repentinos de sueño. Los episodios de sueño no intencionados tienen lugar habitualmente en situaciones de baja estimulación y baja actividad (p. ej., durante conferencias, leyendo, mirando la televisión o conduciendo).

La hipersomnia puede provocar malestar significativo y deterioro social y laboral. El sueño nocturno prolongado y la dificultad para levantarse pueden producir problemas a la hora de cumplir con las obligaciones laborales. Los episodios no intencionados de sueño durante el día son a veces muy molestos e incluso peligrosos si, por ejemplo, el individuo está conduciendo o trabajando con una máquina. El nivel de alerta disminuido que se observa cuando el sujeto intenta combatir la somnolencia puede comportar un bajo rendimiento, una pobre concentración y un déficit de memoria durante las actividades diurnas. La somnolencia, a menudo atribuida, por error, al aburrimiento o a la pereza, puede también afectar las relaciones sociales y familiares.

Especificación

Recidivante. Esta especificación debe usarse cuando los episodios de somnolencia excesiva duren al menos 3 días y tengan lugar varias veces al año durante un período de por lo menos 2 años.

La mayoría de los individuos con hipersomnia primaria tienen síntomas persistentes y de importancia. Por el contrario, debe anotarse la forma recidivante de este trastorno cuando los síntomas aparezcan de un modo periódico durante varios días o varias semanas, con la presencia de períodos sintomáticos varias veces al año. Entre los períodos de somnolencia excesiva, la duración del sueño y el nivel de alerta diurno son normales. En la forma recidivante de la hipersomnia primaria, conocida como síndrome de Kleine-Levin, los individuos pueden llegar a pasar 18-20 horas durmiendo o en la cama. Los episodios recidivantes de somnolencia se asocian a otras características clínicas de desinhibición. La hipersexualidad indiscriminada, como proposiciones sexuales inapropiadas y masturbación, se observa frecuentemente en varones (mucho menos en mujeres). Pueden aparecer episodios de ingesta excesiva y compulsiva, con ganancia de peso. En algunos individuos se ha descrito irritabilidad, despersonalización, depresión, confusión y alucinaciones ocasionales, así como comportamientos impulsivos. En ausencia de estos síntomas, pueden observarse otras formas recidivantes de hipersomnia. Por ejemplo, algunas mujeres explican que padecen episodios regulares de hipersomnia durante muchos momentos concretos del ciclo menstrual.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. En la hipersomnia primaria el sueño tiende a ser continuo, pero no reparador. Los individuos con este trastorno concilian el sueño muy rápidamente y la eficacia de éste es buena, pero pueden tener dificultades a la hora de levantarse por la mañana, sintiéndose algunas veces confusos, irritables o atáxicos. Esta alteración del nivel de alerta durante la transición sueño-vigilia es a menudo descrita como «borrachera de sueño».

La somnolencia diurna persistente puede conllevar comportamientos automáticos (generalmente de tipo rutinario y poco complejas) que el individuo efectúa con un posterior olvido total o

parcial. Por ejemplo, estas personas pueden haber conducido muchos más kilómetros de los debidos, sin darse cuenta de la «conducción automática» llevada a cabo en los minutos precedentes.

Aunque no se dispone de datos precisos referentes a su asociación a trastornos mentales, muchos individuos con hipersomnía primaria tienen síntomas de depresión que cumplen criterios para un trastorno depresivo mayor. Esto puede estar en relación con los efectos psicosociales de la somnolencia excesiva. Los individuos con hipersomnía también son más propensos a padecer trastornos relacionados con sustancias, en especial los relacionados con automedicación con estimulantes.

Hallazgos de laboratorio. En la hipersomnía primaria la polisomnografía nocturna pone de relieve una duración del sueño normal o prolongada, una latencia de sueño corta, una continuidad del sueño que puede mostrarse normal o aumentada y una distribución normal de las fases de sueño REM y NREM. Algunos individuos con este trastorno presentan una mayor cantidad de sueño de ondas lentas. Los inicios del sueño en fase REM (aparición de la fase REM dentro de los 20 min de haberse iniciado el sueño), las alteraciones del sueño relacionadas con la respiración y la interrupción del descanso nocturno debido a frecuentes movimientos de las extremidades no se dan en este trastorno. El test de latencia múltiple (MSLT) revela una somnolencia fisiológica diurna excesiva, que se caracteriza por típicas latencias de sueño medias de 5-10 min. El sueño REM no aparece durante el día. La polisomnografía nocturna y el MSLT no ponen de manifiesto hallazgos característicos de otras causas de hipersomnía.

En el síndrome de Kleine-Levin o forma recidivante de hipersomnía primaria, los estudios EEG rutinarios practicados durante los períodos de hipersomnía demuestran un enlentecimiento general del ritmo de fondo y salvas paroxísticas de actividad theta. La polisomnografía nocturna pone de manifiesto un aumento del tiempo total de sueño y una disminución de la latencia REM. Los estudios MSLT confirman un aumento del sueño fisiológico, con latencias de sueño que suelen tener una duración inferior a 10 min. Durante los períodos sintomáticos pueden detectarse inicios de sueño REM.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los individuos con hipersomnía primaria suelen mostrar una apariencia soñolienta y pueden incluso dormirse en la misma sala de espera de la consulta. Un subgrupo de individuos con hipersomnía primaria presenta antecedentes familiares de hipersomnía y muestra también síntomas de disfunción del sistema nervioso vegetativo, por ejemplo, cefaleas de tipo vascular, reactividad del sistema vascular periférico (fenómeno de Raynaud) y desmayos. En los individuos con la forma recidivante de la hipersomnía primaria o síndrome de Kleine-Levin cabe detectar alteraciones neurológicas inespecíficas en la exploración física, entre las que se incluyen disminución de los reflejos tendinosos profundos, disartria y nistagmo.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Es normal que con la edad aumenten las horas de sueño, de modo que este fenómeno no debe ser confundido con la hipersomnía primaria. El síndrome de Kleine-Levin es tres veces más frecuente en varones que en mujeres.

Prevalencia

No se conoce la prevalencia real de la hipersomnía primaria en la población general. Aproximadamente el 5-10 % de los individuos que acuden a los centros especializados en trastornos del

sueño con quejas de sueño diurno excesivo es diagnosticado de hipersomnía primaria. La forma recidivante de este trastorno, denominada síndrome de Kleine-Levin, es rara. Los estudios epidemiológicos en población general detectan problemas de somnolencia diurna excesiva en un 0,5-5 % de los sujetos adultos, lo cual puede atribuirse a varias causas o diagnósticos.

Curso

La hipersomnía primaria se inicia de forma típica entre los 15 y los 30 años de edad, con una progresión gradual de sus síntomas que precisa semanas o meses. En la mayoría de los casos el curso pasa a ser entonces de carácter crónico y estable, a no ser que se instaure un tratamiento. El síndrome de Kleine-Levin se inicia también por primera vez en la adolescencia, pudiéndose perpetuar su curso episódico durante décadas, si bien suele resolverse en plena edad adulta.

Patrón familiar

El subgrupo de individuos con alteraciones del sistema nervioso vegetativo presenta una mayor incidencia de antecedentes familiares de hipersomnía primaria. No se ha demostrado un patrón de incidencia familiar en el síndrome de Kleine-Levin.

Diagnóstico diferencial

La duración «normal» del sueño muestra considerables variaciones en la población general. Los «**grandes dormidores**» (es decir, individuos que precisan de un tiempo de sueño superior a la media) no quejan somnolencia diurna excesiva, borracheras de sueño ni comportamiento automático tras haber dormido las horas nocturnas que precisan. Si las exigencias sociales o laborales roban tiempo al descanso nocturno, pueden aparecer síntomas diurnos. En la hipersomnía primaria, en cambio, los síntomas de somnolencia diurna excesiva aparecen independientemente del tiempo de sueño nocturno.

Una **duración inadecuada del sueño nocturno** puede producir síntomas de somnolencia diurna muy similares a los de la hipersomnía primaria. Si esta duración es inferior a 7 horas diarias, cabe pensar que se trata de un tiempo insuficiente; si es superior a 9 horas diarias, debe considerarse una hipersomnía primaria. Los individuos con un tiempo de sueño insuficiente suelen compensar este déficit cuando disponen de días libres. A diferencia de la hipersomnía primaria, el sueño nocturno insuficiente tiene pocas probabilidades de permanecer estable durante décadas. No debe efectuarse el diagnóstico de hipersomnía primaria si todavía se tienen dudas sobre la suficiencia de la duración del sueño nocturno. La realización de una terapéutica empírica de 10-14 días para aumentar el tiempo de sueño suele clarificar el diagnóstico.

La somnolencia diurna, característica de la hipersomnía primaria, también puede aparecer en el **insomnio primario**, aunque en éste la somnolencia es menos intensa. Cuando se considera que esta alteración obedece a un estado de insomnio, no debe realizarse el diagnóstico adicional de hipersomnía primaria.

La hipersomnía primaria y la **narcolepsia** se parecen en el grado de somnolencia diurna, la edad de inicio y el curso de carácter estable a lo largo del tiempo, pero pueden distinguirse en virtud de sus características clínicas y analíticas. Los individuos con hipersomnía primaria presentan típicamente un sueño diurno más prolongado y menos desestructurado, más dificultades para levantarse, una somnolencia diurna más persistente (a diferencia de los «ataques de sueño» de la narcolepsia, de carácter más discreto), períodos de sueño diurno más prolongados y menos repa-

radores y una ausencia total o parcial de actividad onírica durante las siestas diarias. En cambio, los individuos con narcolepsia presentan cataplejía e intrusiones recurrentes de fases REM entre el sueño y la vigilia (p. ej., alucinaciones relacionadas con el sueño y parálisis del sueño). En los casos de narcolepsia el MSLT demuestra típicamente latencias de sueño más cortas (es decir, sueño fisiológico más cuantioso) y presencia de múltiples inicios de sueño en fase REM.

Los individuos con hipersomnía primaria y **trastorno del sueño relacionado con la respiración** pueden mostrar patrones de hipersomnía semejantes. El trastorno del sueño relacionado con la respiración debe sospecharse en individuos con historia de ronquidos intensos, apneas del sueño, lesión cerebral o enfermedad cardiovascular, y cuando hay obesidad, anomalías anatómicas orofaríngeas, hipertensión o insuficiencia cardíaca en la exploración física. Los estudios polisomnográficos pueden confirmar la presencia de episodios apnéicos en el trastorno del sueño relacionado con la respiración (y su ausencia en la hipersomnía primaria).

El **trastorno del sueño relacionado con el ritmo circadiano** suele caracterizarse por somnolencia diurna. En los individuos con trastorno del ritmo circadiano suele ponerse de relieve una historia de alteraciones del ritmo sueño-vigilia (ritmo invertido o atípico). Las **parasomnias** no suelen dar lugar a sueño nocturno prolongado y bien estructurado o a somnolencia diurna, rasgos característicos de la hipersomnía primaria.

La hipersomnía primaria debe diferenciarse de los **trastornos mentales que incluyen la hipersomnía como una característica esencial asociada**. En concreto, en el **episodio depresivo mayor, con síntomas atípicos**, y en la fase depresiva del **trastorno bipolar** el paciente puede quejarse de somnolencia diurna. No debe efectuarse el diagnóstico de hipersomnía primaria si ésta aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental. Es fundamental llevar a cabo un interrogatorio exhaustivo para detectar la presencia de otros trastornos mentales. Puede establecerse el diagnóstico de hipersomnía primaria si existe un trastorno mental en el momento actual o en el pasado que no se considera responsable de la hipersomnía, o bien si ésta y el trastorno mental siguen un curso independiente (p. ej., en un individuo con hipersomnía primaria que posteriormente presenta un trastorno depresivo mayor). En cambio, cuando el cuadro de hipersomnía aparece a consecuencia de otro trastorno mental o bien coincidiendo exclusivamente con él, el diagnóstico más apropiado es hipersomnía relacionada con otro trastorno mental. La hipersomnía primaria sólo debe considerarse cuando los problemas de sueño que transmite el paciente constituyen el motivo fundamental de la consulta o bien cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente; en caso contrario, el diagnóstico de esta entidad no es pertinente.

La hipersomnía primaria debe diferenciarse del **trastorno del sueño debido a una enfermedad médica, tipo hipersomnía**, en el cual la hipersomnía se considera secundaria a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente (p. ej., tumor cerebral) (v. pág. 613). Esta consideración debe basarse en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. El **trastorno del sueño inducido por sustancias, tipo hipersomnía**, se diferencia de la hipersomnía primaria por el simple hecho de que una sustancia (p. ej., drogas, fármacos, tóxicos) se considera etiológicamente relacionada con la hipersomnía (v. pág. 617). Por ejemplo, un cuadro de hipersomnía que sólo aparece en el contexto de una abstinencia de cocaína será diagnosticado como trastorno del sueño inducido por cocaína, tipo hipersomnía, de inicio durante la abstinencia.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para el insomnio primario prácticamente iguales, excepto en que la CIE-10 también menciona la embigüez de sueño como motivo de consulta. Además, la CIE-10 exige que estos problemas aparezcan casi cada día durante al menos 1 mes (o lo hagan de forma recurrente por períodos más cortos de tiempo).

Relación con la International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

La hipersomnía primaria es un término análogo al de hipersomnía idiopática que aparece en la ICSD. Además, la ICSD incluye una categoría específica para la hipersomnía recidivante, que es análogo a la forma recidivante de la hipersomnía primaria o síndrome de Kleine-Levin.

■ Criterios para el diagnóstico de F51.1 Hipersomnía primaria [307.44]

- A. El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva como mínimo durante 1 mes (o menos si se trata de la forma recurrente), tal y como ponen de evidencia episodios prolongados de sueño nocturno o episodios de sueño diurno que tienen lugar casi cada día.
- B. La somnolencia excesiva provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La somnolencia excesiva no puede explicarse mejor por la presencia de un insomnio y no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano o parasomnias) y no puede atribuirse a una cantidad inadecuada de sueño.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental.
- E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Recidivante: si hay períodos de somnolencia excesiva que duran como mínimo 3 días y tienen lugar varias veces al año durante al menos 2 años

G47.4 Narcolepsia [347]

Características diagnósticas

La característica esencial de la narcolepsia es la aparición recurrente e irresistible de sueño reparador, cataplejía e intrusiones recurrentes de elementos característicos de la fase REM en el período de transición entre el sueño y la vigilia. La somnolencia del individuo disminuye típicamente tras el ataque de sueño y sólo reaparece varias horas después. Los ataques de sueño han de ocurrir diariamente en un período de al menos 3 meses para poder establecer el diagnóstico (Criterio A), aunque la mayoría de los individuos manifiesta haber padecido ataques de sueño durante muchos años antes de solicitar ayuda terapéutica. Además de somnolencia, los individuos con narcolepsia experimentan uno o ambos de los siguientes síntomas: cataplejía (es decir, episodios súbitos de

pérdida bilateral del tono muscular que duran entre segundos y minutos y que suelen estar desencadenados por emociones intensas) (Criterio B) o intrusiones recurrentes de elementos característicos de la fase REM en el período de transición que va del sueño a la vigilia y que se traducen en parálisis de los músculos voluntarios o alucinaciones de carácter onírico (Criterio B2). Muchos expertos en el campo del sueño recomiendan establecer el diagnóstico de narcolepsia aun en ausencia de cataplejía o intrusiones de elementos REM si el individuo presenta de forma evidente un patrón de sueño patológico y dos o más inicios de sueño REM durante un test de latencia múltiple (MSLT). Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (incluyendo fármacos) o de otra enfermedad médica (Criterio C). Aunque la narcolepsia se clasifica en el capítulo de la CIE dedicado a las enfermedades neurológicas, se incluye en este apartado para permitir el diagnóstico diferencial de los individuos que acuden a la consulta quejándose de somnolencia excesiva y se codifica en el Eje I.

Los episodios de somnolencia de la narcolepsia suelen describirse como irresistibles, dando lugar a sueño de carácter involuntario en situaciones claramente inadecuadas (p. ej., al conducir un automóvil, al asistir a reuniones o al mantener una conversación). Las situaciones poco estimulantes o poco activas exacerban típicamente el grado de somnolencia (p. ej., quedarse dormido al leer, mirar la televisión o asistir a conferencias). Los episodios de sueño suelen durar 10 a 20 min, aunque pueden llegar a horas si no se ven interrumpidos. Es frecuente que estos individuos relaten actividad onírica durante tales episodios. Las personas que padecen narcolepsia disponen de diversas estrategias para «neutralizar» estos ataques de sueño. Algunos individuos hacen siestas intencionadamente con el propósito de controlar la somnolencia. Cuando no se sigue tratamiento, el número de episodios diarios de sueño (intencionado o no intencionado) se sitúa entre 2 y 6. Los episodios de sueño suelen aparecer sobre un nivel de alerta relativamente normal, aunque algunos individuos confiesan presentar de forma constante algún grado de somnolencia.

La cataplejía acostumbra a aparecer varios años después de establecida la somnolencia diurna e incide aproximadamente en un 70 % de los individuos que sufren el trastorno. En la cataplejía la pérdida del tono muscular debe ser de carácter brusco, dando lugar a una caída de la mandíbula, la cabeza o los brazos, no observable por los demás. A veces la cataplejía reviste un carácter mucho más espectacular, y así, al individuo pueden caérsele objetos que esté transportando, puede desplomarse sobre sus rodillas o caerse realmente al suelo. La musculatura respiratoria y ocular está respaldada. La debilidad muscular suele durar sólo unos segundos, aunque se han descrito episodios de hasta media hora de duración. La recuperación de la fuerza muscular es total e inmediata. Durante los episodios estos individuos conservan la conciencia y el estado de alerta, de forma que son capaces de describir perfectamente y sin confusión todo lo que ha ocurrido en ese momento. Aunque no es frecuente, los ataques prolongados de cataplejía pueden desembocar en episodios de sueño. La cataplejía suele estar desencadenada por estímulos emocionales intensos (p. ej., ira, sorpresa, risa). La deprivación del sueño aumenta la frecuencia y la intensidad de los episodios de cataplejía.

Aproximadamente el 20-40 % de los individuos con narcolepsia presenta asimismo imágenes que recuerdan mucho los sueños justo antes de quedarse dormidos (alucinaciones hipnagógicas) o justo después de despertarse (alucinaciones hipnopómpicas). La mayor parte de las alucinaciones relacionadas con el sueño son de carácter visual e incorporan elementos del entorno real. Por ejemplo, estos individuos describen la aparición de objetos a través de grietas de la pared o imágenes de cuadros que adquieren movimiento. Las alucinaciones también son de carácter auditivo (p. ej., escuchar intrusos en la propia casa) o cinético (p. ej., sensación de estar volando). Aproximadamente el 30-50 % de los individuos con narcolepsia experimenta asimismo parálisis del sueño justo en el preciso momento de dormirse o despertarse. En este trastorno los individuos describen estar despiertos, pero son incapaces de moverse o hablar. También pueden aquejar incapacidad para respirar; lo cierto es que el diafragma deja de trabajar, si bien la respiración no se detiene. Las alucinaciones relacionadas con el sueño y las parálisis del sueño aparecen a veces de

forma simultánea, lo que da lugar a la experiencia a menudo terrorífica de ver o escuchar objetos inusuales y no poder escapar. Ambos fenómenos duran entre segundos y minutos, y terminan de forma espontánea, considerándose el resultado de elementos disociativos del sueño REM que han irrumpido en el período de vigilia.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Algunos individuos con narcolepsia experimentan somnolencia diurna entre los ataques de sueño. A veces manifiestan que son capaces de dormir en cualquier momento y circunstancia. Los comportamientos automáticos, es decir, aquellas en las que el individuo realiza cosas sin ser plenamente consciente de ello, pueden aparecer como resultado de esta profunda somnolencia. Estos individuos pueden conducir, conversar e incluso trabajar durante los episodios de comportamiento automático. Durante el descanso nocturno pueden aparecer sueños intensos y vívidos con bastante frecuencia. Los individuos con narcolepsia suelen presentar un patrón fragmentado de sueño nocturno como resultado de despertares espontáneos o movimientos periódicos de las extremidades. Es raro que acudan a la consulta quejándose de insomnio en lugar de hipersomnia.

Los individuos con narcolepsia pueden mostrarse reacios a asistir a acontecimientos sociales por temor a quedarse dormidos o sufrir un episodio de cataplejía. A veces intentan prevenir tales episodios controlando sus emociones, lo que puede determinar una falta total de expresividad que acabe interfiriendo notablemente sus relaciones sociales. La narcolepsia limita en ocasiones seriamente la actividad diaria del individuo debido a los ataques de sueño repetidos e incontrolables, comportamientos automáticos y episodios de cataplejía. Estos individuos tienen un mayor riesgo de sufrir o provocar accidentes, ya que pueden quedarse dormidos en situaciones potencialmente peligrosas (p. ej., al conducir un automóvil o manejar maquinaria).

En aproximadamente un 40 % de los individuos con narcolepsia se detecta un trastorno mental actual o pasado. Entre los trastornos asociados más a menudo se encuentran los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno depresivo mayor y la distimia), seguidos de los trastornos relacionados con sustancias y el trastorno de ansiedad generalizada. También presentan una mayor incidencia de antecedentes de parasomnias como sonambulismo, bruxismo (cierre de la mandíbula y rechinar de los dientes), y enuresis.

Hallazgos de laboratorio. La práctica de MSLT diurnos suele revelar una latencia media del sueño inferior a los 5 min y aparición de fases REM en dos o más episodios de sueño diurno de los cinco que registra el MSLT. Por su parte, los estudios polisomnográficos nocturnos describen con frecuencia latencias del sueño inferiores a 10 min e inicios de sueño REM. A veces se observan hallazgos adicionales, como son frecuentes activaciones de carácter transitorio, menor eficacia del sueño, aumento de la fase 1 del sueño, aumento del sueño REM e incremento de la frecuencia de los movimientos oculares durante el sueño REM («densidad REM»). También suelen detectarse movimientos periódicos de los miembros y apneas del sueño, aunque estas últimas no son tan frecuentes como en los trastornos del sueño relacionados con la respiración.

Los individuos con narcolepsia presentan el antígeno leucocitario humano (HLA) DR2 (también conocido como DQw6) y el DQw1 (también conocido como DRw15) en el 90-100 % de los casos. No obstante, estos antígenos HLA también están presentes en el 10-35 % de la población general.

Exploración física y enfermedades médicas asociadas. Al realizar la historia clínica y la exploración física en los individuos con narcolepsia suele ponerse de manifiesto esta somnolencia; a veces se duermen incluso en la sala de espera o en la propia consulta. Durante los episodios de

cataplejía los individuos pueden desplomarse en la misma silla o mostrar una conversación con surros o una caída de los párpados.

Prevalencia

Los estudios epidemiológicos indican una prevalencia para la narcolepsia del 0,02-0,16 % en la población adulta, siendo estos porcentajes iguales en varones y mujeres.

Curso

La somnolencia diurna es casi siempre el primer síntoma de narcolepsia y suele adquirir relevancia clínica durante la adolescencia. Sin embargo, cuando se realiza un interrogatorio cuidadoso, puede demostrarse un cierto nivel de somnolencia ya en las etapas preescolar y escolar temprana. No es frecuente la aparición del trastorno pasados los 40 años de edad. Las situaciones psicológicamente estresantes agudas o las alteraciones agudas del ritmo circadiano anuncian el inicio de la narcolepsia en cerca de la mitad de los casos. La cataplejía puede aparecer junto con la somnolencia, pero suele hacerlo meses, años o décadas después. Las alucinaciones relacionadas con el sueño y la parálisis del sueño son síntomas más variables y algunos individuos no las presentan. La desestructuración del sueño nocturno suele acontecer más adelante en el curso del trastorno, sobre todo cuando el individuo sobrepasa los 40-50 años.

La somnolencia excesiva que caracteriza la narcolepsia suele mostrar un curso estable a lo largo del tiempo. La aparición de otros trastornos del sueño (p. ej., movimientos periódicos de los miembros o trastorno del sueño relacionado con la respiración) puede agravar la somnolencia, mientras que el tratamiento con fármacos estimulantes puede mejorarla. La cataplejía se caracteriza asimismo por su curso estable, si bien algunos individuos refieren una mejoría de los síntomas o incluso una remisión total del cuadro después de muchos años. De forma similar, las alucinaciones relacionadas con el sueño y las parálisis del sueño pueden desaparecer aunque siga habiendo somnolencia diurna y ataques de sueño.

Patrón familiar

Los datos procedentes de estudios del patrón HLA y de la incidencia familiar sugieren de forma evidente que los factores genéticos desempeñan un papel determinante en el desarrollo de la narcolepsia. Aproximadamente el 5-15 % de los parientes de primer grado de los individuos con narcolepsia presenta otros trastornos que cursan con somnolencia excesiva como denominador común (como la hipersomnia primaria).

Diagnóstico diferencial

La narcolepsia debe diferenciarse de las variaciones normales del sueño, de la privación de sueño, de otros trastornos del sueño y del trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental, tipo hipersomnia. Muchos individuos sienten cierta somnolencia durante el día, especialmente en las primeras horas de la tarde, cuando, de forma fisiológica, los niveles de somnolencia suelen ser más acusados. Sin embargo, estos individuos no manifiestan sueño irresistible en otros momentos del día y pueden «combatir» su somnolencia mediante esfuerzos mentales y físicos. Generalmente no experimentan cataplejía, alucinaciones relacionadas con el sueño ni parálisis del sueño.

La **deprivación del sueño** de cualquier causa provoca somnolencia diurna. Sólo debe establecerse el diagnóstico de narcolepsia si el individuo demuestra un ritmo circadiano regular y una cantidad adecuada de sueño nocturno. La deprivación de sueño y los ritmos circadianos irregulares pueden dar lugar, aunque rara vez, a alucinaciones relacionadas con el sueño o parálisis del sueño, pero nunca a cataplejía.

El grado de somnolencia diurna puede ser semejante en los individuos con narcolepsia e **hipersomnía primaria**. En esta última los individuos suelen describir un sueño nocturno más prolongado y menos desestructurado en comparación con los que presentan narcolepsia. La somnolencia diurna de la hipersomnía primaria consiste en períodos de sueño más prolongados y menos reparadores, que se caracterizan por un carácter menos «urgente» que el de los «ataques» de sueño de la narcolepsia y se asocian con menor frecuencia a fenómenos oníricos. Los individuos con hipersomnía primaria no manifiestan cataplejía, alucinaciones relacionadas con el sueño ni parálisis del sueño. La polisomnografía nocturna confirma la presencia de una menor desestructuración del sueño y una normalidad de la latencia REM en los individuos con hipersomnía primaria, y el MSLT no demuestra inicios del sueño REM.

Los individuos con **trastorno del sueño relacionado con la respiración** experimentan a menudo un exceso de somnolencia igual al de los individuos con narcolepsia. Además, muchos individuos con narcolepsia presentan algún grado de apnea del sueño. El trastorno del sueño relacionado con la respiración se diferencia de la narcolepsia por una historia de ronquidos intensos, pausas respiratorias que desestructuran el sueño nocturno, episodios de sueño diurno prolongados y no reparadores, y ausencia de síntomas accesorios como la cataplejía. Los registros polisomnográficos pueden poner de relieve pausas respiratorias (apneas) en los individuos con trastorno del sueño relacionado con la respiración. En la narcolepsia las apneas tienden a ser menos frecuentes y a asociarse con una menor desaturación de la oxihemoglobina. Si un individuo acude a la consulta con una historia indiscutible de narcolepsia y con registros polisomnográficos confirmatorios de narcolepsia (inicio del sueño en fase REM) y de trastorno del sueño relacionado con la respiración, pueden diagnosticarse ambas entidades. Si en un individuo los registros polisomnográficos demuestran inicios del sueño en fase REM y presencia de apneas del sueño, pero no se reúne la totalidad de criterios diagnósticos de la narcolepsia, sólo debe contemplarse el diagnóstico de trastorno del sueño relacionado con la respiración.

Los individuos con **hipersomnía relacionada con otro trastorno mental** pueden manifestar somnolencia excesiva y una actividad onírica intensa. En concreto, los episodios de depresión mayor con síntomas atípicos y los episodios de depresión de un trastorno bipolar suelen comportar una necesidad intensa de dormir durante el día. Sin embargo, los individuos con trastorno del estado de ánimo muestran típicamente un sueño nocturno prolongado que contrasta con la corta duración y fragmentación características del sueño en la narcolepsia. Las siestas diurnas no suelen ser reparadoras en los trastornos del estado de ánimo. Además, estos individuos no presentan los síntomas adicionales tan característicos de la narcolepsia (p. ej., cataplejía), aunque tienen alucinaciones cuando están a punto de dormirse o en otros momentos. Los estudios polisomnográficos de los individuos con trastornos del estado de ánimo pueden revelar una latencia REM más corta, pero no tan corta como en la narcolepsia. La latencia del sueño nocturno es también más prolongada en los trastornos del estado de ánimo. Finalmente, en este trastorno los MSLT realizados durante el día muestran un grado considerablemente menor de somnolencia fisiológica e inicios de sueño REM menos frecuentes. Por tanto, en estos individuos la «somnolencia» suele traducirse en un enlentecimiento psicomotor y en anergia.

El **consumo o la abstinencia de sustancias** (incluyendo fármacos) pueden provocar síntomas de narcolepsia. Los agonistas colinérgicos (que incluyen los pesticidas anticolinesterasa) pueden desestructurar el ritmo de sueño y aumentar el sueño REM. Efectos similares produce el abandono brusco del consumo de agentes anticolinérgicos, incluyendo los antidepresivos tricíclicos. La reserpina y la metildopa pueden aumentar el sueño REM y producir somnolencia. La interrupción

del consumo de estimulantes puede provocar asimismo una intensa somnolencia. El diagnóstico **trastorno del sueño inducido por sustancias, tipo hipersomnia** es seguro si los síntomas se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (v. pág. 617). En cambio, no debe establecerse el diagnóstico de narcolepsia si el individuo está tomando dichas sustancias o las ha abandonado recientemente.

La narcolepsia debe diferenciarse del **trastorno del sueño debido a una enfermedad médica, tipo hipersomnia**, en el que se considera que los síntomas se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica específica (p. ej., traumatismo craneoencefálico o tumor hipotalámico) (v. pág. 613).

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios de Investigación de la CIE-10 no incluyen criterios diagnósticos para la narcolepsia. En la CIE-10, esta entidad viene recogida en el capítulo VI, «Enfermedades del sistema nervioso».

Relación con la International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

La ICSD establece unos criterios diagnósticos de narcolepsia iguales a los del DSM-IV.

■ Criterios para el diagnóstico de G47.4 Narcolepsia [347]

- A. Ataques de sueño reparador irresistibles que aparecen diariamente durante un mínimo de 3 meses.
- B. Presencia de uno o ambos de los siguientes síntomas:
 - (1) cataplejía (es decir, episodios breves y súbitos de pérdida bilateral del tono muscular, la mayoría de las veces en asociación con emociones intensas)
 - (2) intrusiones recurrentes de elementos del sueño REM en las fases de transición entre el sueño y la vigilia, tal y como indican las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas o las parálisis del sueño al principio o al final de los episodios de sueño
- C. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración [780.59]

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es una desestructuración del sueño que da lugar a somnolencia excesiva o insomnio, y que se considera secundaria a alteraciones de la ventilación

durante el sueño (p. ej., apnea del sueño o hipoventilación alveolar central) (Criterio A). Esta deestructuración del sueño no se explica mejor por la presencia de un trastorno mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (incluyendo un medicamento) o de una enfermedad médica que produzca síntomas relacionados con el sueño a través de un mecanismo independiente de la ventilación anormal (Criterio B).

La somnolencia excesiva constituye el motivo de consulta más frecuente de los individuos con trastorno del sueño relacionado con la respiración. Esta somnolencia está producida por los frecuentes aumentos de activación que lleva a cabo el individuo durante el sueño nocturno en un intento por respirar de forma normal. La somnolencia se hace más patente en situaciones de relajación como leer o ver la televisión. La incapacidad del individuo para controlar esta somnolencia puede hacerse evidente también en reuniones aburridas o en el cine, el teatro o los conciertos. Cuando la somnolencia reviste un carácter extremo, la persona puede quedarse dormida incluso en situaciones activas como hablar, comer, andar o conducir. Las siestas diarias que hace el individuo no suelen ser reparadoras y pueden acompañarse de un dolor de cabeza sordo al despertar. No obstante, la intensidad de la somnolencia muestra considerables variaciones, y su impacto puede verse minimizado por el propio individuo, que en ocasiones llega a alardear de su capacidad para dormirse en cualquier momento y en cualquier lugar.

En estos individuos, el insomnio, los despertares frecuentes y el sueño no reparador constituyen motivos de consulta menos frecuentes que la somnolencia diurna. Algunos individuos aquejan dificultad para respirar en posición supina o al dormir.

Entre las alteraciones respiratorias que tienen lugar durante el sueño en este trastorno se incluyen las apneas (episodios de interrupción de la respiración), hipoapneas (respiración anormalmente lenta o superficial) e hipoventilación (niveles sanguíneos de oxígeno y dióxido de carbono anormales). Se han descrito tres formas de trastorno del sueño relacionado con la respiración: síndrome de apnea obstructiva del sueño, síndrome de apnea central del sueño y síndrome de hipoventilación alveolar central.

El *síndrome de apnea obstructiva del sueño* es la forma más frecuente de trastorno del sueño relacionado con la respiración. Se caracteriza por episodios repetidos de obstrucción de las vías aéreas superiores (apneas o hipoapneas) durante el sueño. Los impulsos nerviosos que rigen los movimientos respiratorios en el tórax y el abdomen están preservados. Esta forma del trastorno del sueño relacionado con la respiración suele incidir en individuos con sobrepeso y conducir a un estado de somnolencia excesiva. El síndrome de apnea obstructiva del sueño se caracteriza por ronquidos intensos o inspiraciones bruscas breves que alternan con episodios de silencio respiratorio que suelen durar 20-30 seg. Los ronquidos obedecen al paso de aire por unas vías aéreas parcialmente obstruidas. Los períodos de silencio respiratorio traducen las propias apneas obstructivas, es decir, el cese de la respiración debido a una obstrucción total de las vías aéreas superiores. Es típico que el individuo lleve años siendo un gran roncador, incluso desde la infancia, pero es el aumento de intensidad de este síntoma lo que le lleva a la consulta. Los ronquidos suelen ser lo bastante intensos para perturbar el descanso de quienes duermen a su alrededor. A veces el motivo de la preocupación de los familiares es comprobar que la apnea son cada vez más prolongadas, llegando hasta 60-90 seg, y producen cianosis. En ocasiones el final de una apnea se asocia a fuertes ronquidos, inspiraciones brucas, gemidos o murmullos, o movimientos de todo el cuerpo estruendosos y «resucitadores». La pareja del roncador puede verse obligada a trasladarse a otra cama o incluso a otra habitación como resultado de estos ronquidos, inspiraciones brucas o movimientos corporales tan acusados. La mayoría de los individuos afectos no advierten sus fuertes ronquidos, su dificultad para respirar y sus frecuentes aumentos de activación. Sin embargo, algunas personas, especialmente los ancianos, son perfectamente conscientes de sus alteraciones del sueño y acuden a la consulta quejándose de despertares frecuentes y de sueño no reparador.

El *síndrome de apnea central del sueño* se caracteriza por interrupciones episódicas de la ventilación durante el sueño (apneas o hipoapneas) en ausencia de obstrucción de las vías aéreas. Por

tanto, y a diferencia de las apneas obstructivas, las apneas centrales no se asocian a movimientos continuados de la pared torácica o abdominal y son más frecuentes en las personas de mayor edad como resultado de enfermedades cardíacas o neurológicas que afectan la regulación de la ventilación. El motivo de consulta principal suele estar presidido por insomnio debido a frecuentes despertares, que el individuo puede o no asociar a dificultad respiratoria. Estos individuos también pueden ser roncadores de carácter leve, aunque no suelen acudir a la consulta por este hecho, dada su poca relevancia.

El *síndrome de hipoventilación alveolar central* se caracteriza por un deterioro del control de la ventilación que determina niveles arteriales de oxígeno anormalmente bajos, agravados sobre todo durante el sueño (hipoventilación sin apneas o hipoapneas). Los individuos con este trastorno conservan intactas las propiedades mecánicas de los pulmones. Esta forma de trastorno del sueño relacionado con la respiración incide casi siempre en individuos con sobrepeso y puede asociarse tanto a somnolencia excesiva como a insomnio.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los individuos con trastorno del sueño relacionado con la respiración pueden presentar asimismo episodios nocturnos de molestias torácicas, atragantamiento, sofocaciones o ansiedad intensa en asociación con apneas o hipoventilación. Los movimientos asociados a las dificultades respiratorias pueden revestir carácter violento, de ahí que el sueño de los individuos con trastorno del sueño relacionado con la respiración sea descrito como de carácter inquieto. Al despertarse, es típico que estos individuos no tengan la sensación de sueño reparador, e incluso pueden manifestar sentirse todavía más cansados por la mañana que cuando se fueron a dormir. También describen borracheras de sueño (es decir, dificultad extrema para levantarse, confusión y comportamiento inadecuado). Es frecuente que estos individuos tengan gran sequedad de boca y se levanten a menudo a beber agua por la noche o al despertarse por la mañana. A medida que el cuadro sintomático progresa esto acaba desembocando en nicturia. Las jaquecas sordas y generalizadas de las mañanas pueden durar hasta 1-2 horas.

La somnolencia de estos individuos provoca a veces alteraciones de la memoria, dificultad para concentrarse, irritabilidad y cambios de la personalidad. Los trastornos del estado de ánimo (sobre todo trastorno depresivo mayor y trastorno distímico), los trastornos de ansiedad (en particular trastorno de angustia) y la demencia suelen asociarse a trastornos del sueño relacionado con la respiración. Estos individuos pueden presentar también disminución de la libido y de la capacidad de erección, aunque rara vez éstas constituyen el motivo de consulta principal. Los niños con trastornos del sueño relacionado con la respiración tienen a veces un retraso del desarrollo y dificultades para el aprendizaje. La somnolencia diurna excesiva puede ocasionar accidentes (p. ej., quedarse dormido al conducir un vehículo) y afecta también sensiblemente las relaciones sociales y laborales, lo que puede traducirse en despidos, conflictos conyugales y familiares, y disminución del rendimiento escolar.

Hallazgos de laboratorio. Todos los trastornos del sueño relacionados con la respiración producen alteraciones específicas. Así, en el síndrome de apnea obstructiva del sueño los registros polisomnográficos nocturnos muestran episodios apneicos de más de 10 seg de duración (habitualmente 20-40 seg), siendo más raras las apneas que se prolongan más allá de varios minutos. Las hipoapneas se caracterizan por una reducción del flujo aéreo. Tanto las apneas como las hipoapneas se asocian a una reducción de la saturación de oxihemoglobina. En el síndrome de apnea obstructiva del sueño puede existir una respiración de Cheyne-Stokes (es decir, un patrón continuo de respiración que consiste en ciclos de una apnea, un episodio de hiperventilación de 10 a 60 seg de duración y una disminución gradual de la ventilación que culmina en una nueva apnea).

En el síndrome de hipoventilación alveolar central pueden aparecer períodos de respiración deprimida que se prolongan por espacio de varios minutos, lo que da lugar a desaturación del oxígeno arterial y aumento de los niveles de dióxido de carbono de carácter sostenido. En los individuos con trastorno del sueño relacionado con la respiración la polisomnografía nocturna también puede mostrar una disminución de la duración del sueño, despertares frecuentes, aumento de la fase I del sueño y disminución de la fase REM y de las fases de ondas lentas. Los aumentos de activación que aparecen al final de las apneas e hipoapneas pueden ser bastante breves (unos pocos segundos).

Apneas, hipoapneas e hipoventilación pueden originar otras alteraciones: desaturación de la oxihemoglobina, alteraciones del EEG, incrementos de la tensión arterial pulmonar y sistémica, y aumentos transitorios de la activación a medida que el episodio de dificultad respiratoria se acerca a su fin. Los individuos con trastorno del sueño relacionado con la respiración suelen presentar arritmias durante el sueño, entre las cuales se incluyen arritmias sinusales, síndromes de pre-excitación ventricular, bloqueos auriculoventriculares o paradas sinusales. Durante los episodios apnéicos son frecuentes las bradicardias seguidas de taquicardia. La elevada frecuencia de los despertares nocturnos y la desaturación de la oxihemoglobina pueden dar lugar a somnolencia excesiva, la cual es detectable mediante un MSLT u otros tests para medir la somnolencia diurna. El MSLT suele poner de manifiesto una latencia media del sueño inferior a los 10 min, situándose incluso por debajo de los 5 min (cuando lo normal es 10-20 min).

Las gasometrías arteriales cuando el individuo está despierto suelen proporcionar valores normales, pero en algunos casos graves de síndrome de apnea obstructiva del sueño o de síndrome de hipoventilación alveolar central se detecta hipoxemia o hipercapnia en la vigilia. Las radiografías cefalométricas, la resonancia magnética (RM), la tomografía computarizada (TC) y la práctica de endoscopias con cámaras de fibra óptica pueden poner de manifiesto una obstrucción de las vías aéreas superiores. Las pruebas cardíacas pueden mostrar un deterioro de la función ventricular derecha. En estos individuos cabe detectar también cifras elevadas de hemoglobina o del hematocrito motivadas por la hipoxemia nocturna sostenida.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. La mayoría de los individuos con síndrome de apnea obstructiva del sueño o con síndrome de hipoventilación alveolar central presentan sobrepeso y refieren un aumento de la intensidad de los síntomas a medida que aumenta la obesidad. El estrechamiento de las vías aéreas superiores puede obedecer en ocasiones al volumen excesivo generado por las partes blandas. Un síndrome de apnea obstructiva del sueño en un individuo con peso corporal normal o relativamente disminuido sugiere una anomalía estructural localizada y definible, como son una malformación maxilomandibular o un engrosamiento adenoamigdalario como causa de la obstrucción de las vías aéreas superiores. La respiración de estos individuos puede resultar ruidosa incluso cuando están despiertos. En el síndrome de apnea obstructiva del sueño, y coincidiendo con los esfuerzos que lleva a cabo el individuo para restablecer la respiración durante el sueño, puede aparecer reflujo gastroesofágico con «ardor» intenso. En el síndrome de apnea central del sueño se observa una menor incidencia de casos de sobrepeso o de obstrucciones constatables de las vías aéreas superiores.

La hipertensión sistémica leve con tensión diastólica elevada es una característica frecuentemente asociada al trastorno del sueño relacionado con la respiración. Algunos individuos, especialmente los que padecen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica o una hipoventilación alveolar, muestran valores bajos de saturación de oxígeno de forma constante, lo cual les predispone a desarrollar hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca derecha, congestión hepática y edemas maleolares de forma secundaria.

Los individuos con trastorno del sueño relacionado con la respiración pueden presentar una alteración subyacente del control neurológico de la musculatura de las vías aéreas superiores o de la misma ventilación coincidiendo con el sueño. Los trastornos que afectan el control neurológico

de la ventilación suelen traducirse en un síndrome de apnea central del sueño. En algunas enfermedades neurológicas se afecta específicamente el centro regulador de los músculos faríngeos, lo que puede dar lugar a un síndrome de apnea obstructiva del sueño.

El trastorno del sueño relacionado con la respiración puede asociarse a enfermedades neurológicas o médicas. Por ejemplo, la apnea obstructiva del sueño puede obedecer a un engrosamiento lingual secundario a acromegalia, quistes tiroideos linguales de carácter ectópico o parálisis de las cuerdas vocales como la que se observa en el síndrome de Shy-Drager. El deterioro de la función cardíaca debido a una disminución del gasto cardíaco puede provocar apnea central del sueño, como también pueden hacerlo las enfermedades neurológicas que afectan el control de la respiración que lleva a cabo el tronco cerebral, como la siringobulbia o los tumores del tronco cerebral.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

En los niños mayores los signos y síntomas del trastorno del sueño relacionado con la respiración (representados casi exclusivamente por el síndrome de apnea obstructiva del sueño) tienen un carácter más sutil que en los adultos, de forma que el diagnóstico suele ser más difícil. En los niños está especialmente indicada la polisomnografía para confirmar el diagnóstico. Puede que no haya ronquidos, característicos del síndrome de apnea obstructiva del sueño del adulto. Los aumentos de activación que dan lugar a agitación y las posturas de sueño poco usuales (como dormir apoyado en las manos y las rodillas) son especialmente frecuentes. La enuresis nocturna es también habitual y debe despertar la sospecha de un síndrome de apnea obstructiva del sueño si se observa en un niño que antes era capaz de controlarse por las noches. Los niños también pueden manifestar una somnolencia diurna excesiva, aunque no suele ser tan frecuente ni acusada como en los adultos. La respiración diurna por vía oral, la dificultad para tragar y la deficiente articulación de la palabra son asimismo características frecuentes de este trastorno en la población infantil. En la exploración física cabe encontrar *pectus excavatum* o tiraje costal. Si existe engrosamiento adenoamigdalario, puede verse la típica «facies adenoidea», que se caracteriza por expresión torpe, edema periorbitario y respiración oral.

El síndrome de apnea obstructiva del sueño es más frecuente en las edades medias de la vida, en las personas con sobrepeso y en niños prepuberales que presentan engrosamiento amigdalino. El síndrome de hipoventilación alveolar central se observa más a menudo en varones adultos jóvenes y obesos. Con la edad aumentan los episodios de apnea del sueño tanto de carácter obstructivo como central, incluso entre los individuos sanos y asintomáticos. Los resultados de la polisomnografía deben analizarse teniendo en cuenta la edad, ya que según ésta puede resultar normal un cierto grado de apnea. Por otra parte, debe investigarse la presencia de síntomas clínicamente significativos de insomnio e hipersomnia con independencia de la edad, de forma que si se considera que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno del sueño relacionado con la respiración éste debe ser el diagnóstico.

En los adultos, la proporción varón a mujer para el síndrome de apnea obstructiva del sueño se sitúa en torno a 8:1. En los niños prepuberales no se han detectado diferencias según el sexo. En los adultos los episodios de apnea central del sueño parecen más prevalentes en los varones que en las mujeres, aunque esta diferencia se atenúa después de la menopausia.

Prevalencia

Se estima que la tasa de prevalencia del trastorno del sueño relacionado con la respiración asociado a apnea obstructiva del sueño se sitúa entre el 1 y el 10 % de la población adulta, aunque puede ser más elevada en la tercera edad. La prevalencia del trastorno del sueño relacionado con

la respiración también varía considerablemente en función del umbral utilizado para valorar la frecuencia de los episodios apneicos.

Curso

El síndrome de apnea obstructiva del sueño puede aparecer a cualquier edad, pero la mayoría de los individuos que acuden a la consulta con este problema tienen entre 40 y 60 años de edad (las mujeres tienen más probabilidades de presentar el trastorno después de la menopausia). La apnea central del sueño se observa con más frecuencia en ancianos con enfermedades cardíacas o del sistema nervioso central. El síndrome de hipoventilación alveolar central y el síndrome de la apnea central del sueño pueden iniciarse a cualquier edad.

El trastorno del sueño relacionado con la respiración suele presentar un inicio insidioso, una progresión gradual y un curso de carácter crónico. En la mayoría de las ocasiones el trastorno hace años que está presente cuando se efectúa el diagnóstico. Existen casos de remisión espontánea del síndrome de apnea obstructiva del sueño coincidiendo con pérdida de peso, pero el curso suele ser progresivo y puede conducir a una muerte prematura por enfermedad cardiovascular o arritmias. El síndrome de apnea central del sueño también presenta un carácter crónico y permanente, aunque el tratamiento de las enfermedades médicas subyacentes puede mejorar las alteraciones respiratorias. Los adultos con síndrome de hipoventilación alveolar central tienen un curso lentamente progresivo.

Patrón familiar

Se ha descrito una tendencia familiar a padecer el síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Diagnóstico diferencial

Los trastornos del sueño relacionados con la respiración deben diferenciarse de otras causas de somnolencia como la narcolepsia, la hipersomnia primaria y los trastornos del ritmo circadiano. El diagnóstico diferencial entre el trastorno del sueño relacionado con la respiración y la **narcolepsia** puede establecerse por la ausencia de cataplejía, alucinaciones relacionadas con el sueño y parálisis del sueño, y por la presencia de fuertes ronquidos, inspiraciones bruscas o constatación de apnea y respiración superficial durante el sueño. Los episodios de sueño diurno de la narcolepsia son característicamente más cortos y reparadores, y se asocian con más frecuencia a actividad onírica. En el trastorno del sueño relacionado con la respiración los registros polisomnográficos muestran de forma característica la presencia de apneas o hipoventilación durante el sueño nocturno, mientras que en la narcolepsia el MSLT pone en evidencia múltiples inicios de sueño REM. Algunos individuos padecen narcolepsia y trastorno del sueño relacionado con la respiración de forma concomitante. El trastorno del sueño relacionado con la respiración puede diferenciarse de la **hipersomnia primaria** y del **trastorno del ritmo circadiano** por la presencia de hallazgos clínicos o analíticos que demuestren un síndrome de apnea obstructiva del sueño, un síndrome de apnea central del sueño o un síndrome de hipoventilación alveolar central. El diagnóstico diferencial definitivo entre hipersomnia primaria y trastorno del sueño relacionado con la respiración puede requerir el empleo de estudios polisomnográficos.

La **hipersomnia relacionada con un episodio depresivo mayor** puede diferenciarse del trastorno del sueño relacionado con la respiración por la presencia o ausencia de otros síntomas característicos (p. ej., estado de ánimo deprimido y falta de interés en el episodio depresivo mayor, y ronquidos e inspiraciones durante el sueño en el trastorno del sueño relacionado con la respiración).

Los individuos con trastorno del sueño relacionado con la respiración deben diferenciarse a su vez de las personas **adultas asintomáticas que roncan**. Este diagnóstico diferencial puede establecerse en función de si el motivo de la consulta es el insomnio o la hipersomnia, la mayor intensidad de los ronquidos y la presencia de una historia clínica, signos y síntomas característicos del trastorno del sueño relacionado con la respiración. Cuando el problema está presidido por el insomnio, puede diagnosticarse un **insomnio primario** en contraposición a un trastorno del sueño relacionado con la respiración por la ausencia de quejas subjetivas del individuo (u objetivas por parte de quienes duermen cerca de él) y de dificultades respiratorias durante el sueño, y por la falta de una historia clínica, signos y síntomas característicos del trastorno del sueño relacionado con la respiración.

En las **crisis de angustia nocturnas** pueden aparecer inspiraciones bruscas o atragantamientos durante el sueño difíciles de diferenciar clínicamente del trastorno del sueño relacionado con la respiración. No obstante, la menor frecuencia de los episodios, la intensa activación de carácter vegetativo y la ausencia de somnolencia excesiva constituyen hechos útiles para diferenciar las crisis de angustia nocturnas del trastorno del sueño relacionado con la respiración. Los registros polisomnográficos practicados en individuos con crisis de angustia nocturnas no revelan el típico patrón de apneas, hipoventilación o desaturación de oxígeno característico del trastorno del sueño relacionado con la respiración.

El diagnóstico de trastorno del sueño relacionado con la respiración es apropiado en presencia de una **enfermedad médica** que provoca insomnio o hipersomnia a través de un mecanismo de marcado deterioro ventilatorio durante el sueño. Por ejemplo, el individuo con hipertrofia amigdalina que tiene dificultades para dormir debido a apnea obstructiva del sueño y ronquidos debe ser diagnosticado de trastorno del sueño relacionado con la respiración en el Eje I y de hipertrofia amigdalina en el Eje III. En cambio, debe diagnosticarse un trastorno del sueño debido a enfermedad médica si esta enfermedad neurológica o médica subyacente produce síntomas relacionados con el sueño a través de un mecanismo distinto de la afectación respiratoria. Por ejemplo, los individuos con artritis o insuficiencia renal pueden aquejar insomnio o hipersomnia que no obedecen a una afectación respiratoria coincidiendo con el sueño.

El **consumo o la abstinencia de sustancias** (incluyendo fármacos) pueden provocar insomnio o hipersomnia similares a las encontradas en el trastorno del sueño relacionado con la respiración. La realización de una historia clínica cuidadosa suele ser suficiente para identificar la sustancia implicada, y la práctica de un seguimiento clínico de estos individuos suele confirmar una evidente mejoría del cuadro sintomático una vez abandonado el consumo de la sustancia. En otros casos el consumo de ciertas sustancias (p. ej., alcohol, barbitúricos o benzodiazepinas) puede exacerbar un trastorno del sueño relacionado con la respiración. Un individuo con signos y síntomas compatibles con un trastorno del sueño relacionado con la respiración debe recibir este diagnóstico aunque se demuestre la presencia concurrente de un consumo de sustancias que exacerbe este proceso.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios de Investigación de la CIE-10 no incluyen criterios diagnósticos para el trastorno del sueño relacionado con la respiración. En la CIE-10, esta entidad viene recogida en el capítulo VI, «Enfermedades del sistema nervioso».

Relación con la International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

En la ICSD el trastorno del sueño relacionado con la respiración está desglosado en tres síndromes más específicos: síndrome de apnea obstructiva del sueño, síndrome de apnea central del sueño y síndrome de hipoventilación alveolar central.

■ Criterios para el diagnóstico de G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración [780.59]

- A. Desestructuración del sueño que provoca somnolencia excesiva o insomnio y que se considera secundaria a una patología respiratoria relacionada con el sueño (p. ej., síndromes de apnea obstructiva del sueño o de apnea central del sueño o de hipoventilación alveolar central).
- B. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de otra enfermedad médica (diferente de un trastorno de la respiración relacionado con el sueño).

Nota de codificación: Codificar también el trastorno de la respiración relacionado con el sueño en el Eje III.

F51.2 Trastorno del ritmo circadiano [307.45] (antes trastorno del ritmo sueño-vigilia)

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno del ritmo circadiano es la presencia persistente o recurrente de un patrón de sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las exigencias exógenas de espaciamiento y duración del sueño, por otra (Criterio A). A diferencia de otros trastornos del sueño primarios, el trastorno del ritmo circadiano no responde a los mecanismos generadores de sueño y vigilia *per se*. Debido a esta desincronización circadiana, los individuos con trastorno pueden aquejar insomnio en ciertos momentos del día y somnolencia excesiva en otros, lo que da lugar a un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio B). Los problemas de sueño no se explican mejor por la presencia de otros trastornos del sueño u otros trastornos mentales (Criterio C) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica (Criterio D).

El diagnóstico de trastorno del ritmo circadiano debe reservarse para cuadros clínicos en los que el individuo presenta malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral a consecuencia del trastorno del sueño. La capacidad de estos individuos para adaptarse a los cambios y requerimientos circadianos muestra amplias variaciones. Muchos, por no decir la mayoría, de los individuos con alteraciones del sueño relacionadas con el ritmo circadiano no solicitan ayuda terapéutica y no tienen síntomas lo bastante intensos como para permitir efectuar el diagnóstico. Los que acuden a la consulta con este trastorno suelen hacerlo porque el cuadro sintomático ha adquirido una intensidad o una persistencia insoportables. Por ejemplo, no es raro que los trabajadores que han cambiado de turno de trabajo acudan a la consulta después de haberse quedado dormidos durante el trabajo o mientras conducían.

El diagnóstico de trastorno del ritmo circadiano se basa principalmente en la historia clínica, que incluye el horario de trabajo, de sueño, de siestas y de «tiempo libre». La historia debe también reflejar los esfuerzos que estos individuos han realizado para enfrentarse a tales síntomas, por ejemplo, el intento de avanzar el ritmo de sueño-vigilia en el tipo de sueño retrasado. Los diarios

de ritmo de sueño-vigilia o las tarjetas de registro prospectivas del sueño son a menudo valiosas armas diagnósticas.

Subtipos

Tipo sueño retrasado. Este tipo de trastorno del ritmo circadiano responde a un ciclo sueño-vigilia endógeno retrasado en relación con las demandas de la sociedad. La medición de los ritmos circadianos endógenos (p. ej., el de la temperatura corporal central) refleja claramente este retraso. Se han propuesto hipótesis de que los individuos que presentan este subtipo («búhos de noche») muestran una capacidad anormalmente reducida para adelantar las fases de sueño-vigilia (p. ej., avanzar el horario de acostarse y de levantarse). Como resultado de todo esto, estas personas están bloqueadas por un horario de sueño tardío y no pueden adelantar a horas más tempranas. La fase circadiana de sueño se comporta de forma estable: estos individuos, si se les da rienda suelta (p. ej., en los fines de semana o en las vacaciones), se dormirán y despertarán con arreglo a unos horarios coherentes, aunque retrasados. Las personas afectas aquejan dificultad para dormir en las horas que aconseja la sociedad, pero, una vez que han conciliado el sueño, éste es completamente normal. Existe una dificultad concomitante para levantarse a las horas socialmente aceptadas (p. ej., los numerosos despertadores que el individuo despliega a su alrededor se muestran abiertamente incapaces de lograr que éste se levante). Puesto que muchos de estos individuos presentarán una privación crónica del sueño, puede aparecer somnolencia en momentos en que el individuo desearía estar despierto.

Tipo jet lag. En este tipo de trastorno del ritmo circadiano endógeno de sueño-vigilia es normal, y la alteración nace del conflicto entre este patrón endógeno de sueño-vigilia y el vigente en una zona con distinto huso horario. Estos individuos aquejan una desincronización entre el horario de sueño que ellos desean y el que les viene impuesto por la zona donde se encuentran. La intensidad de esta descoordinación es proporcional al número de horas de diferencia existentes entre el lugar donde se encuentran y el lugar del que provienen, apareciendo a menudo las máximas dificultades cuando se supera la diferencia de 8 horas en menos de 1 día. Los viajes en sentido este (que conllevan un adelantamiento de las horas de sueño y de vigilia) suelen representar un problema mayor que los viajes hacia el oeste (ritmo de sueño-vigilia retrasado).

Tipo cambios de turno de trabajo. En este tipo de trastorno del ritmo circadiano el ciclo circadiano endógeno de sueño-vigilia es normal, y la alteración nace del conflicto entre este patrón de sueño-vigilia generado por el sistema circadiano y el nuevo patrón que exige un cambio de turno de trabajo. Los trabajadores sometidos a frecuentes rotaciones en el turno de trabajo son los que tienen más dificultades, ya que fuerzan el sueño y la vigilia en función de un ritmo circadiano aberrante, lo que imposibilita cualquier intento de adaptación. Los trabajadores de noche o los que se ven sometidos a frecuentes rotaciones en el turno de trabajo muestran típicamente una menor duración del sueño y una mayor frecuencia de alteraciones en la continuidad del sueño en comparación con los trabajadores de mañana y tarde. En cambio, también pueden presentar un mayor grado de somnolencia durante el período en que desearían estar despiertos, es decir, en mitad de la noche, tal como exige su turno de trabajo. La desincronización circadiana de este tipo suele exacerbarse a causa de unas horas de sueño insuficiente, exigencias sociales y familiares y alteraciones ambientales (p. ej., teléfono, ruido del tráfico) que perturban sus momentos de descanso.

Tipo no especificado. Este tipo de trastorno del ritmo circadiano debe indicarse si hay otra alteración del patrón de sueño circadiano (p. ej., patrón de sueño avanzado, ausencia de patrón sueño-vigilia de 24 horas o patrón de sueño-vigilia irregular). El «patrón de sueño avanzado» es el análogo del tipo sueño retrasado, pero en sentido opuesto: los individuos aquejan incapacidad para mantenerse despiertos en las últimas horas de la tarde y despertares espontáneos en plena

madrugada. La «ausencia de patrón sueño-vigilia de 24 horas» denota la presencia de horarios libres: el ritmo de sueño-vigilia sigue un ciclo circadiano de aproximadamente 24-25 horas, mientras que los acontecimientos y estímulos ambientales conforman períodos definidos de 24 horas. A diferencia del patrón sueño-vigilia estable, característico de los tipos sueño retrasado o avanzado, el ritmo sueño-vigilia de estos individuos se retrasa cada vez más respecto al lapso de 24 horas, dando lugar, con el paso de los días, a patrones de sueño-vigilia cambiantes. El «patrón de sueño-vigilia irregular» indica la ausencia de un patrón sueño-vigilia identificable.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. En el tipo sueño retrasado, los individuos suelen acostarse y despertarse tarde cuando disponen de fines de semana o períodos de vacaciones, describiendo además una menor dificultad para conciliar el sueño o levantarse por la mañana. Es típico que manifiesten tener problemas escolares, laborales o sociales que derivan precisamente de su incapacidad para levantarse a las horas que la sociedad requiere. Cuando se despierta antes de la hora que exige su sistema circadiano, el individuo puede notar cierta «borrachera de sueño» (es decir, extrema dificultad para levantarse, confusión y comportamientos inapropiados). En este subtipo también se afecta el rendimiento individual, siendo éste máximo a últimas horas de la tarde.

Los tipos *jet lag* y cambios de turno de trabajo pueden ser más frecuentes en los individuos que «funcionan por las mañanas». Cuando el individuo se despierta a las horas que exige su trabajo, el rendimiento en las primeras horas de trabajo suele verse afectado en consonancia con el patrón de sueño que marcan los ritmos circadianos endógenos subyacentes. El *jet lag* suele acompañarse de síntomas inespecíficos (p. ej., dolores de cabeza, fatiga, indigestión) relacionados con las condiciones del viaje, como son la privación del sueño, el consumo de alcohol o cafeína y la disminución de la presión del aire ambiental en las cabinas del avión. La dificultad para adaptarse a un nuevo turno de trabajo suele traducirse en afectación de las relaciones laborales, familiares y sociales. Los individuos con cualquiera de los trastornos del ritmo circadiano pueden tener una historia de consumo de alcohol, ansiolíticos-hipnóticos o estimulantes, que traduce sus esfuerzos para corregir la tendencia de su ritmo circadiano a desfasarse. El consumo de estas sustancias puede dar lugar, por otra parte, a una exacerbación del trastorno del ritmo circadiano.

El tipo sueño retrasado se ha asociado a rasgos de personalidad esquizoide, esquizotípica y de evitación, especialmente en los adolescentes. La «ausencia de patrón sueño-vigilia de 24 horas» se ha asociado por su parte con estos mismos rasgos de personalidad. Los tipos *jet lag* y cambios de turno de trabajo pueden provocar o exacerbar un episodio maníaco o depresivo mayor o un brote de un trastorno psicótico.

Hallazgos de laboratorio. Los estudios del sueño arrojan resultados diferentes dependiendo del momento en que sean practicados. En el tipo sueño retrasado los estudios realizados en los períodos de tiempo en que estos individuos desean dormir muestran unos resultados acordes, en líneas generales, con su edad. Sin embargo, cuando se procede a estudiarlos en los momentos de sueño exigidos por la sociedad, estos individuos muestran un aumento de la latencia del sueño y un despertar espontáneo más tardío, detectándose también (en algunos individuos) una disminución moderada de la latencia REM. La continuidad del sueño es normal para la edad. Las técnicas de laboratorio diseñadas para medir las fases del marcapasos circadiano endógeno (p. ej., temperatura corporal central) confirman el retraso esperado en la aparición de la acrofase (tiempo pico) y del nadir.

Cuando se realizan estos estudios durante el turno de trabajo habitual, los individuos con trastorno del ritmo circadiano, tipo cambios de turno de trabajo, acostumbran mostrar una latencia de sueño normal o disminuida, una reducción del tiempo de sueño e interrupciones del sueño más frecuentes en comparación con individuos de su misma edad y con patrones de sueño «normales».

Existe una reducción específica de las fases 2 y REM en muchos casos. Los tests que miden la tendencia al sueño, por ejemplo, el MSLT, ponen de manifiesto un mayor grado de somnolencia cuando se realizan en las horas en que el individuo, por su trabajo, se ve obligado a estar despierto (p. ej., durante el turno de noche). Si se realizan estos estudios después de un período de adaptación a un ritmo diurno normal, estos individuos presentan un sueño nocturno normal y unos niveles normales de somnolencia diurna.

Si se practican estudios de laboratorio después de provocar artificialmente un *jet lag* de 6 horas, se observan una mayor latencia del sueño, un deterioro de la eficacia del sueño, una reducción del sueño REM y disminuciones menos importantes de las fases de onda lenta. Estos parámetros retornan a la normalidad al cabo de 1-2 semanas.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. No se han descrito hallazgos físicos específicos para el trastorno del ritmo circadiano. Los trabajadores que se someten a cambios de turno pueden mostrar una apariencia cansada o soñolienta y una mayor incidencia de trastornos cardiovasculares y gastrointestinales, por ejemplo, gastritis y enfermedad ulcero péptica. El papel del consumo de alcohol y cafeína y de la alteración de los patrones alimentarios en estos individuos todavía no ha sido estudiado en profundidad. La «ausencia de patrón sueño-vigilia de 24 horas» ocurre a menudo en las personas ciegas. El trastorno del ritmo circadiano puede exacerbar enfermedades médicas preexistentes.

Síntomas dependientes de la edad

Los síntomas del *jet lag* y de los cambios de turno de trabajo suelen describirse como más intensos, o más fácilmente inducibles, en las personas de edad mediana tardía o en los ancianos. El «patrón de sueño avanzado» también aumenta su frecuencia con la edad. Estos hechos pueden obedecer al deterioro del sueño nocturno y al acortamiento del período circadiano endógeno relacionados con la edad.

Prevalencia

No está bien establecida la prevalencia de ninguno de los tipos de trastorno del ritmo circadiano. Los primeros estudios epidemiológicos sugieren una prevalencia para el tipo de sueño retrasado del 7 % en adolescentes y hasta del 60 % para el tipo cambios de turno de trabajo para los trabajadores del turno de noche.

Curso

Sin tratamiento, el trastorno del ritmo circadiano de tipo sueño retrasado se prolonga típicamente por espacio de años o décadas, pero puede «corregirse» por sí mismo debido a la tendencia natural del ritmo circadiano endógeno a adelantarse con la edad. El tratamiento con técnicas de retraso progresivo del ritmo sueño-vigilia suele bastar para normalizar las horas de sueño, aunque muchas veces esto tiene una eficacia temporal, ya que existe una vulnerabilidad persistente a recaer en patrones de sueño de tipo retrasado.

El trastorno del ritmo circadiano de tipo cambios de turno de trabajo persiste mientras el individuo sigue sometándose a unos horarios de trabajo determinados. La remisión total de los síntomas suele acontecer durante las primeras 2 semanas que siguen a la implantación de un ritmo sueño-vigilia normal.

Los estudios experimentales y prácticos concernientes al *jet lag* indican que el sistema circadiano necesita 1 día por hora de diferencia para resincronizarse al nuevo huso horario. Otros ritmos circadianos (como, por ejemplo, la temperatura corporal central, el nivel hormonal, el estado de alerta y los patrones de sueño) requieren más o menos tiempo para reajustarse.

Diagnóstico diferencial

El trastorno del ritmo circadiano debe diferenciarse de los **patrones normales de sueño** y de los **reajustes normales que siguen a un cambio de ritmo sueño-vigilia**. La clave para establecer estas diferencias reside en la persistencia de las alteraciones y la presencia y el grado de la afectación de las relaciones sociales o laborales. Por ejemplo, muchos adolescentes y adultos jóvenes mantienen ritmos de sueño-vigilia retrasados, si bien éstos no interfieren en las actividades escolares o laborales ni crean malestar alguno. La mayoría de los individuos que viajan a zonas con distinto huso horario experimentan alteraciones del sueño de carácter transitorio. El diagnóstico de trastorno del ritmo circadiano, tipo *jet lag*, debe reservarse para quienes se ven obligados a realizar frecuentes viajes y experimentan importantes alteraciones del sueño y problemas con su trabajo.

El trastorno del ritmo circadiano de tipo sueño retrasado debe diferenciarse de los **patrones de sueño retrasado de índole estrictamente intencional**. Algunos individuos que retrasan voluntariamente la hora de acostarse para tomar parte en trabajos o actividades sociales refieren dificultad para despertarse por las mañanas. Si las condiciones lo permiten, estos individuos se quedan dormidos fácilmente a horas más tempranas y, después de un período de recuperación del sueño, ya no vuelven a presentar dificultades significativas para despertarse por la mañana. En estos casos, el problema primario radica en la privación del sueño más que en un trastorno del ritmo circadiano. Otros individuos (sobre todo niños y adolescentes) cambian sus horarios de sueño intencionadamente con el propósito de faltar a la escuela o a otras actividades promovidas por su familia. La dificultad para despertarse desaparece cuando se programan actividades atractivas para el niño en las primeras horas de la mañana. De forma similar, los niños más mayores implicados en conflictos generacionales con sus padres pueden acudir a la consulta con un supuesto trastorno del ritmo circadiano de tipo sueño retrasado.

Los trastornos del ritmo circadiano de tipo *jet lag* y cambios de turno de trabajo deben distinguirse principalmente de otros trastornos del sueño primarios como el **insomnio primario** y la **hipersomnia primaria**. Una historia de *jet lag* o cambios de turno de trabajo, en ausencia de alteraciones del sueño cuando se han seguido ritmos de sueño-vigilia convencionales, suele ser suficiente para excluir estas otras entidades. En algunos casos, otros trastornos del sueño primarios, por ejemplo, el trastorno del sueño relacionado con la respiración o los movimientos periódicos de los miembros durante el sueño, empeoran la situación creada por un trastorno del ritmo circadiano de tipo *jet lag* o cambios de turno de trabajo. Debe sospecharse esta posibilidad cuando la implantación de un ritmo de sueño diurno convencional no alivie estas alteraciones del sueño. Otros tipos de trastorno del ritmo circadiano, como son la «ausencia de patrón sueño-vigilia de 24 horas» o el «patrón de sueño-vigilia irregular», se diferencian del tipo sueño retrasado por el retraso del horario de sueño-vigilia característico de este último.

Los **patrones de sueño retrasados o avanzados que aparecen coincidiendo exclusivamente con otros trastornos mentales** no deben diagnosticarse de forma aislada (p. ej., un patrón de despertar precoz en el contexto de un trastorno depresivo mayor o un patrón de sueño retrasado en la esquizofrenia).

Algunas **sustancias (fármacos incluidos)** causan inicios de sueño o despertares retrasados. Por ejemplo, el consumo de cafeína o nicotina por la noche puede retrasar la conciliación del sueño, y la toma de fármacos hipnóticos en mitad de la noche puede retrasar la hora de despertarse. Debe considerarse el diagnóstico de **trastorno del sueño inducido por sustancias** si estas alteraciones

del sueño son secundarias a los efectos fisiológicos directos del consumo regular de la sustancia y merecen una atención clínica independiente (v. pág. 617). Las enfermedades médicas rara vez causan retrasos o adelantos fijos en el ritmo sueño-vigilia, de forma que no suelen complicar el diagnóstico diferencial.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para el trastorno del ritmo circadiano prácticamente iguales, excepto en que la CIE-10 exige que estos problemas aparezcan cada día durante al menos 1 mes (o lo hagan de forma recurrente durante períodos más cortos de tiempo). En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno no orgánico del ritmo sueño-vigilia.

Relación con la International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

La ICSD incluye categorías para síndrome de sueño retrasado, trastorno por cambios de turno de trabajo y síndrome de *jet lag*, así como categorías específicas para otros tres trastornos del ritmo circadiano (patrón de sueño-vigilia irregular, síndrome de sueño avanzado y síndrome de ausencia de patrón sueño-vigilia de 24 horas).

■ Criterios para el diagnóstico de F51.2 Trastorno del ritmo circadiano [307.45]

- A. Presencia persistente o recurrente de un patrón de sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las exigencias exógenas de espaciamiento y duración del sueño, por otra.
- B. Las alteraciones del sueño provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Las alteraciones del sueño no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño u otro trastorno mental.
- D. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar tipo:

Tipo sueño retrasado: patrón de sueño persistente que consiste en acostarse y despertarse tarde, con incapacidad para conciliar el sueño y levantarse a horas más tempranas pese a desearlo

Tipo *jet lag*: somnolencia y estado de alerta presentes en momentos del día inadecuados, y que aparece después de repetidos viajes transmeridionales a zonas con diferente huso horario

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F51.2 Trastorno del ritmo circadiano [307.45] (continuación)

Tipos cambios de turno de trabajo: insomnio que aparece durante las horas que el individuo debería dormir o somnolencia excesiva durante las horas en que debería estar despierto, debido a un turno de trabajo nocturno o a un cambio repetido del turno de trabajo

Tipo no especificado

F51.9 Disomnia no especificada [307.47]

Esta categoría se reserva para los cuadros clínicos de insomnio, hipersomnias o alteraciones del ritmo circadiano que no reúnen criterios para una disomnia específica. Son ejemplos:

1. Quejas de insomnio o hipersomnias clínicamente significativas que pueden atribuirse a factores ambientales (p. ej., ruido, luz, interrupciones frecuentes).
2. Somnolencia excesiva atribuible a una privación concomitante de sueño.
3. «Síndrome de piernas inquietas» idiopático: sensación molesta (p. ej., malestar, hormigueo o inquietud) que produce una intensa necesidad de mover las piernas. Típicamente estas sensaciones aparecen antes de acostarse y se alivian temporalmente moviendo las piernas o andando, volviendo a aparecer sólo si éstas se mantienen inmóviles. Estas sensaciones pueden retrasar el inicio del sueño o despertar al individuo.
4. Movimientos periódicos de los miembros («*mioclonus* nocturno»): sacudidas de los miembros repetidas, breves y de baja amplitud, sobre todo de las extremidades inferiores. Estos movimientos aparecen cuando el individuo está a punto de dormirse y disminuyen durante las fases 3 y 4 NREM. Estos movimientos suelen aparecer rítmicamente cada 20-60 segundos, dando lugar a activaciones breves y repetidas. Característicamente, estos individuos no son conscientes de estos movimientos, pero sí pueden quejarse de insomnio, despertares frecuentes o somnolencia diurna si el número de movimientos es considerable.
5. Situaciones en las que el clínico ha establecido la presencia de un trastorno del sueño, pero se ve incapaz de determinar si éste es primario, secundario a una enfermedad médica o relacionado con el consumo de una sustancia.

Parasomnias

Las parasomnias son trastornos caracterizados por comportamientos o fenómenos fisiológicos anormales que tienen lugar coincidiendo con el sueño, con algunas de sus fases específicas o con las transiciones sueño-vigilia. A diferencia de los trastornos del sueño, las parasomnias no implican una anomalía de los mecanismos que rigen el ritmo circadiano ni de los horarios de sueño y despertar. En realidad, las parasomnias representan la activación de sistemas fisiológicos en momentos inapropiados del ciclo sueño-vigilia. En concreto, estos trastornos conllevan la activación del sistema nervioso vegetativo, del sistema motor o de los procesos cognoscitivos durante el sueño o las transiciones sueño-vigilia. Cada parasomnia afecta una fase característica del sueño, de forma que a menudo cada tipo específico de parasomnia incide en una fase de sueño concreta. Las personas con parasomnias suelen acudir a la consulta debido a comportamientos extraños durante

el sueño más que por quejas de insomnio o somnolencia diurna excesiva. Este apartado incluye las pesadillas, los terrores nocturnos, el sonambulismo y la parasomnia no especificada.

F51.5 Pesadillas [307.47] (*antes* trastorno por sueños angustiosos)

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la aparición repetida de sueños terroríficos que despiertan al individuo (Criterio A), pasando éste a un estado totalmente vigil (Criterio B). Los sueños terroríficos o la interrupción sistemática del descanso nocturno provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social o laboral (Criterio C). Este diagnóstico no debe efectuarse si las pesadillas aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental o se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica (Criterio D).

Las pesadillas toman la forma típica de un sueño largo y elaborado que provoca una intensa ansiedad o terror. El contenido de estos sueños suele centrarse en peligros físicos inminentes para el individuo (p. ej., persecuciones, ataques, heridas). En otros casos el peligro percibido puede ser más sutil, por ejemplo, fracasos personales o situaciones embarazosas. Las pesadillas que aparecen después de experiencias traumáticas pueden recrear esta situación original, si bien la mayoría de ellas no hacen referencia a acontecimientos reales. Al despertar, los individuos con este trastorno son capaces de describir la secuencia del sueño con detalle; a veces relatan haber tenido múltiples pesadillas en una misma noche, a menudo centradas en un tema recurrente. Las pesadillas aparecen casi exclusivamente en el sueño REM, y, como estos episodios REM ocurren de forma periódica a lo largo del sueño nocturno (aproximadamente cada 90-110 min), las pesadillas pueden hacer acto de presencia en cualquier momento de la noche. No obstante, como los períodos de sueño REM se hacen típicamente prolongados y el componente onírico adquiere más intensidad en la segunda mitad de la noche, las pesadillas también tienen más probabilidades de aparecer en esta segunda mitad.

Las pesadillas suelen terminar con el despertar del individuo, que se asocia a un rápido retorno al estado de plena alerta y a una sensación prolongada de miedo o ansiedad. Estos factores suelen ocasionar problemas cuando se intenta volver a conciliar el sueño. Las pesadillas provocan más malestar subjetivo que deterioro demostrable de la actividad social o laboral.

Sin embargo, si los despertares nocturnos son frecuentes o el individuo evita dormir por miedo a las pesadillas, puede aparecer somnolencia excesiva, dificultades para la concentración, depresión, ansiedad o irritabilidad, lo que puede afectar las actividades diarias del individuo.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. En los individuos con pesadillas el despertar puede llevar consigo una activación vegetativa leve (p. ej., sudoración, taquicardia, taquipnea). En estos individuos son frecuentes los síntomas de depresión o ansiedad que no reúnen los criterios diagnósticos de un trastorno específico. Debido a la pérdida de tono muscular característica del sueño REM, es raro que aparezcan movimientos corporales o vocalizaciones. Las palabras, gritos o sacudidas suelen ser un fenómeno de breve duración que anuncia el final de la pesadilla y son más característicos de las pesadillas que acompañan al trastorno por estrés posttraumático, ya que éstas tienen lugar en el sueño NREM.

Hallazgos de laboratorio. Los estudios polisomnográficos demuestran despertares bruscos del sueño REM que corresponden a lo que el individuo llama pesadillas. Estos despertares suelen tener lugar durante la segunda mitad de la noche. En la mayoría de los casos los episodios de sueño REM que preceden a estos despertares suelen tener una duración superior a 10 min y pueden caracterizarse por un mayor número de movimientos oculares en comparación con la media. También pueden aparecer aumentos de la frecuencia cardíaca y respiratoria o de su nivel de fluctuación. Las pesadillas que siguen a acontecimientos traumáticos (p. ej., en los individuos con trastorno por estrés postraumático) pueden aparecer durante el sueño NREM, especialmente en la fase 2, así como en el propio sueño REM. Otros hallazgos polisomnográficos, que incluyen alteración de la duración y la estructura del sueño, no son característicos de las pesadillas.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El significado que se atribuye a las pesadillas puede variar en función del contexto cultural. Así, algunas culturas relacionan las pesadillas con fenómenos espirituales o sobrenaturales, mientras que otras las consideran indicadores de alteraciones mentales o físicas. Dado que las pesadillas son frecuentes en los niños, no debe considerarse el diagnóstico a no ser que se produzca un malestar clínicamente significativo o un deterioro de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Las pesadillas son especialmente frecuentes en los niños sometidos a estrés psicosocial intenso. Aunque el contenido específico de la pesadilla puede reflejar la edad del individuo que la presenta, las características esenciales de este trastorno son exactamente las mismas para cualquier grupo de edad. Las mujeres acuden a la consulta por quejas de pesadillas en mayor medida que los varones, con una proporción aproximada de 2-4:1. Todavía queda por aclarar hasta qué punto estas diferencias reflejan una verdadera diferencia en la incidencia del trastorno y no una tendencia distinta a acudir a la consulta.

Prevalencia

Entre un 10 y un 50 % de los niños de 3 a 5 años tiene pesadillas de suficiente intensidad como para inquietar a los padres. En la población adulta hasta el 50 % de los individuos refiere haber tenido pesadillas en alguna ocasión. Sin embargo, la prevalencia real de las pesadillas no se conoce.

Curso

Las pesadillas suelen aparecer por primera vez entre los 3 y los 6 años de edad. Cuando su frecuencia es elevada (p. ej., varias a la semana), pueden constituir un motivo de preocupación y malestar tanto para el niño como para sus padres. La mayoría de los niños con problemas de pesadillas suelen superarlos con la edad. En unos pocos casos estos sueños recurrentes persisten en la edad adulta, siendo virtualmente un problema de carácter crónico. Se ha descrito una tendencia a la mejoría al llegar a la tercera edad.

Diagnóstico diferencial

Las pesadillas deben diferenciarse de los **terrores nocturnos**. Ambos trastornos se caracterizan por despertares totales o parciales acompañados de un intenso miedo y activación vegetativa,

si bien hay varias características clínicas que los diferencian. Las pesadillas aparecen típicamente bien entrada la noche y en el sueño REM; se trata de sueños muy vívidos, que producen despertares completos y activación vegetativa de carácter leve, y dejan un detallado recuerdo del contenido terrorífico. Por su parte, los terrores nocturnos se originan en el primer tercio de la noche durante las fases 3 o 4 NREM; su contenido se olvida o queda reducido a imágenes aisladas sin la cualidad de historia que caracteriza las pesadillas. Los terrores nocturnos ocasionan despertares parciales, donde el individuo se muestra confuso, desorientado y parcialmente vigil, y a activaciones vegetativas. A diferencia de las pesadillas, en los terrores nocturnos el individuo no recuerda nada al despertarse por la mañana.

El **trastorno del sueño relacionado con la respiración** puede despertar al individuo y producirle una activación vegetativa, si bien no existe constancia ni recuerdo de ningún sueño de carácter terrorífico. Las pesadillas son un frecuente motivo de consulta en la **narcolepsia**, si bien la presencia de somnolencia excesiva y cataplejía diferencian perfectamente este trastorno. Las **crisis de angustia** nocturnas también pueden despertar bruscamente al individuo y producirle temor y activación vegetativa, aunque el individuo no describe ningún componente onírico terrorífico e identifica estos síntomas con los de otras crisis de angustia. La presencia de actividad motora compleja durante las pesadillas sugiere la posibilidad de que se trate de otro trastorno del sueño, por ejemplo, trastorno comportamental del sueño REM (v. **parasomnia no especificada**).

Numerosos fármacos que afectan al sistema nervioso vegetativo pueden provocar pesadillas. Entre éstos cabe citar la L-dopa y otros agonistas dopaminérgicos; antagonistas beta-adrenérgicos y otros agentes antihipertensivos; anfetamina, cocaína y otros estimulantes, y fármacos antidepressivos. Recíprocamente, el abandono de ciertos medicamentos que suprimen el sueño REM, como los antidepressivos y el alcohol, puede producir efecto rebote de aumento del sueño REM que puede verse acompañado de pesadillas. Si éstas son lo suficientemente importantes como para merecer una atención clínica independiente, debe considerarse el diagnóstico **trastorno del sueño inducido por sustancias, tipo parasomnia** (v. pág. 613). No debe diagnosticarse pesadillas si los sueños de contenido terrorífico se deben a efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (p. ej., infecciones del sistema nervioso central, lesiones vasculares del tronco cerebral y enfermedades sistémicas que provocan delirium). En estos casos, y si las pesadillas revisten suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente, debe considerarse el diagnóstico **trastorno del sueño debido a una enfermedad médica, tipo parasomnia**. Aunque las pesadillas se producen con frecuencia durante un **delirium**, no deben diagnosticarse de forma aislada.

Las pesadillas aparecen a menudo en el contexto de **otros trastornos mentales** (p. ej., trastorno por estrés postraumático, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos y trastornos de la personalidad). No debe efectuarse el diagnóstico de pesadillas si éstas aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental.

Muchos individuos experimentan pesadillas de manera aislada y ocasional, pero sólo deben diagnosticarse las pesadillas si su frecuencia y gravedad producen un malestar clínicamente significativo o un deterioro acusado de las actividades del individuo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para las pesadillas idénticos en líneas generales.

Relación con la International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

La ICSD incluye el término de pesadillas, equivalente al del DSM-IV.

■ Criterios para el diagnóstico de F51.5 Pesadillas [307.47]

- A. Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vívidos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.
- B. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y vigil (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).
- C. Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Las pesadillas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., delirium, trastorno por estrés postraumático) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

F51.4 Terrores nocturnos [307.46]

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la aparición repetida de terrores nocturnos, es decir, despertares bruscos que suelen estar precedidos por gritos o lloros de angustia (Criterio A). Los terrores nocturnos suelen hacer acto de presencia durante el primer tercio del sueño y prolongarse por espacio de 1-10 min. Estos episodios se acompañan de activación vegetativa y manifestaciones comportamentales de miedo intenso (Criterio B). Durante el episodio, es difícil despertar o calmar al individuo (Criterio C). De todas formas, si éste consigue despertarse, no recuerda nada del contenido del terror o bien sólo imágenes fragmentadas y aisladas. Al levantarse por la mañana, es típica la amnesia sobre lo acontecido durante la noche (Criterio D). Los episodios de terror nocturno provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). No debe diagnosticarse terrores nocturnos si estos episodios repetidos se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica (Criterio F). Los terrores nocturnos se denominan también «terrores del sueño» o *pavor nocturnus*.

Es típico que durante uno de estos episodios el individuo se siente bruscamente en la cama y empiece a gritar o a llorar, mostrando una expresión facial de terror y signos vegetativos de intensa ansiedad (p. ej., taquicardia, taquipnea, enrojecimiento, sudoración, dilatación pupilar, aumento del tono muscular). El individuo no suele responder a los esfuerzos de los demás por despertarlo o calmarlo. Si por fin logra despertarse, se muestra confuso y desorientado durante unos minutos y describe una vaga sensación de terror, a menudo sin componente onírico asociado. Aunque el individuo puede recordar imágenes vívidas del sueño, no es capaz de enlazarlas en una

secuencia continua (a diferencia de lo que sucede en las pesadillas). En la mayoría de las ocasiones el individuo no recupera el estado vigil completo, volviéndose a dormir, y a la mañana siguiente no recuerda lo acontecido durante la noche. Algunos individuos recuerdan vagamente haber padecido un «terror nocturno» la noche anterior, aunque no pueden rememorarlos con detalle. Habitualmente sólo aparece un episodio por noche, aunque a veces se repiten a intervalos de tiempo.

Para establecer este diagnóstico, estas alteraciones deben provocar malestar clínicamente significativo o deterioro general. En ocasiones es tan embarazoso para el individuo presentar este trastorno, que pueden verse afectadas sus relaciones sociales. Otras veces evita las situaciones en las que los demás podrían descubrir sus problemas de sueño, como ir de acampada, pasar la noche en casa de unos amigos o dormir con su pareja de cama.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Estos episodios suelen acompañarse de gritos, alaridos, lloros o vocalizaciones incoherentes. El individuo puede resistirse activamente a ser tocado o sujetado, o bien exhibir movimientos más elaborados (p. ej., balanceos, puñetazos, levantarse de la cama o intentos de huida). Estos comportamientos representan probablemente intentos de autoprotección o huida de situaciones peligrosas que pueden desembocar en accidentes o heridas. A veces los terrores nocturnos coinciden con episodios de sonambulismo. El consumo de alcohol o ansiolíticos, la privación del sueño, las alteraciones del ritmo sueño-vigilia, la fatiga y el estrés físico o emocional aumentan la probabilidad de que aparezcan terrores nocturnos.

Los niños con terrores nocturnos no presentan una mayor incidencia de trastornos mentales o psicopatológicos que la población general. De hecho, los cuadros psicopatológicos se asocian más frecuentemente a terrores nocturnos en los adultos. Los individuos con trastornos del Eje I, sobre todo el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada, tienen asimismo un riesgo mayor de padecer terrores nocturnos. Los individuos con terrores nocturnos, por su parte, pueden presentar trastornos de la personalidad, en especial trastornos dependiente, esquizoide y límite de la personalidad. Los tests e inventarios de personalidad practicados en estos individuos arrojan altas puntuaciones para la depresión y la ansiedad.

Hallazgos de laboratorio. Los terrores nocturnos comienzan en el sueño NREM profundo, que se caracteriza por una actividad EEG de frecuencia lenta (ondas delta). Esta actividad EEG es más prevalente durante las fases 3 y 4 del sueño NREM, las cuales se concentran en el primer tercio de la noche. Por tanto, los terrores nocturnos tienen más probabilidades de aparecer en este período. No obstante, pueden aparecer fases de ondas lentas en cualquier momento de la noche, incluso durante las siestas diurnas. El inicio de uno de estos episodios de terror suele venir anunciado por ondas delta de muy alto voltaje, aumento del tono muscular y elevaciones del doble o el cuádruple de la frecuencia cardíaca, superándose a menudo los 120 lat./min. Durante el episodio, los registros polisomnográficos pueden artefactarse por movimientos que efectúa el individuo. En ausencia de estos artefactos, el EEG mostrará de forma típica actividad theta o alfa durante el episodio, lo que traduce un aumento parcial de la activación (*arousal*). Los individuos con terrores nocturnos pueden presentar asimismo activaciones bruscas del sueño NREM profundo que no llegan a convertirse en episodios completos de terror nocturno. Estos episodios pueden incluir taquicardia súbita.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los estados febriles y la privación del sueño pueden aumentar la frecuencia de los episodios de terror nocturno.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

No hay pruebas evidentes que pongan de manifiesto una relación entre el contenido de los terrores nocturnos y el contexto cultural del individuo que los presenta, aunque es probable que exista una influencia en el significado y la causa que se les atribuye. Los niños mayores y los adultos describen recuerdos más detallados de las imágenes terroríficas asociadas a los terrores nocturnos en comparación con los niños pequeños, quienes suelen mostrar una amnesia completa o sólo una vaga sensación de miedo. A estas edades los terrores nocturnos son más frecuentes en los niños que en las niñas. Entre los adultos, no hay diferencia entre los dos sexos.

Prevalencia

Hay pocos datos sobre los terrores nocturnos en la población general. La prevalencia de los episodios de terror nocturno (que se opone al trastorno en el que los sueños terroríficos revisten carácter recurrente y provocan malestar o deterioro de las actividades del individuo) se ha estimado en un 1-6 % en los niños y en menos del 1 % en los adultos.

Curso

Los terrores nocturnos suelen iniciarse en los niños con edades comprendidas entre los 4 y los 12 años, y remiten espontáneamente durante la adolescencia. En los adultos, lo más frecuente es que aparezcan entre los 20 y los 30 años de edad, siguiendo a menudo un curso crónico donde la frecuencia y la gravedad de los episodios experimenta altas y bajas. La frecuencia de estos episodios muestra variaciones intra e interindividuales. Los terrores nocturnos suelen aparecer a intervalos de días o semanas, aunque pueden hacerlo en noches consecutivas.

Patrón familiar

Los individuos con terrores nocturnos suelen tener antecedentes familiares de episodios de terrores nocturnos o bien de sonambulismo. Algunos estudios revelan una prevalencia de este trastorno diez veces superior entre los parientes de primer grado de los individuos afectados. No se conoce el mecanismo exacto de esta transmisión hereditaria.

Diagnóstico diferencial

Muchos individuos presentan episodios ocasionales de terrores nocturnos en algún momento de su vida. La diferencia entre estos episodios aislados y los terrores nocturnos como trastorno reside en la aparición de carácter recurrente, en la intensidad, en el malestar clínicamente significativo o en el deterioro de las actividades del individuo, así como en el peligro potencial para el propio individuo o quienes le rodean.

Los terrores nocturnos deben diferenciarse de otros trastornos que provocan un despertar total o parcial del individuo o bien comportamientos extraños durante el sueño. El diagnóstico diferencial más importante se debe establecer con las pesadillas, el sonambulismo, otras parasomnias (v. parasomnia no especificada), el trastorno del sueño relacionado con la respiración y las crisis comiciales que aparecen durante el sueño. A diferencia de los terrores nocturnos, en las **pesadillas** los individuos se despiertan típicamente de forma fácil y completa, describen recuerdos vívi-

dos y continuados del sueño, y tienden a presentar estos episodios en la segunda mitad de la noche. El nivel de activación vegetativa y motora no es tan acusado como en los terrores nocturnos, y el recuerdo es más completo. Los terrores nocturnos ocurren habitualmente durante el sueño de ondas lentas, mientras que las pesadillas tienen lugar durante el sueño REM. A veces, los padres de un niño con terrores nocturnos malinterpretan como pesadillas estos episodios de miedo y recuerdos reducidos a imágenes aisladas.

El diagnóstico diferencial entre el **sonambulismo** y los terrores nocturnos con actividad motora prominente puede ser particularmente difícil. De hecho, ambos trastornos suelen aparecer de forma simultánea, y en la historia clínica se encuentran generalmente antecedentes de ambas entidades. El prototipo de los terrores nocturnos se caracteriza por una predominancia de las respuestas de miedo y de activación vegetativa, con un menor componente de actividad motora, el cual, por su parte, tiende a ser de carácter brusco y desestructurado. El prototipo de sonambulismo implica respuestas vegetativas o miedo de carácter leve y un mayor grado de actividad motora estructurada.

Las **parasomnias no especificadas** presentan algunos cuadros clínicos que imitan los terrores nocturnos. El ejemplo más frecuente es el «trastorno del comportamiento del sueño REM», que provoca asimismo miedo, actividad motora de carácter violento y peligro potencial de accidentes o traumatismos. Debido a su coincidencia temporal con el sueño REM, implica sueños que se recuerdan de forma vívida y continuada, despertares más inmediatos y completos, y actividad motora acorde con el contenido del sueño. La «disonía paroxística nocturna» también supone despertares acompañados de actividad motora, aunque ésta es más prolongada, más rítmica y estereotipada, y no se asocia a manifestaciones subjetivas o signos de miedo.

Las **alucinaciones hipnagógicas**, experimentadas esporádicamente por individuos por otra parte asintomáticos, o de forma más periódica por personas con **narcolepsia**, pueden asociarse a un componente de ansiedad. Su aparición en el momento de dormirse, los recuerdos vívidos que dejan y la sensación subjetiva de desvelamiento que comportan diferencian claramente estos episodios de los terrores nocturnos.

Aunque es muy raro, un individuo con **trastornos del sueño relacionado con la respiración** puede despertar con sensaciones de miedo y angustia similares a las de los terrores nocturnos. La presencia concomitante de ronquidos, obesidad y síntomas respiratorios como apneas, incapacidad para respirar o episodios de atragantamiento observables por los demás diferencia el trastorno del sueño relacionado con la respiración. La implantación brusca de un tratamiento para el síndrome de apnea obstructiva del sueño (p. ej., terapéutica con presión positiva continua nasal [CPAP = *continuous positive airway pressure*]) puede producir un aumento del sueño de ondas lentas como efecto rebote y acompañarse éste de un episodio de terrores nocturnos.

Las **convulsiones** que ocurren durante el sueño pueden producir una sensación de miedo y comportamientos estereotipados seguidos de confusión y dificultad para despertar. La mayoría de las convulsiones nocturnas aparecen entre el sueño y la vigilia, aunque también lo hacen en el sueño de ondas lentas. La presencia de incontinencia de esfínteres y movimientos tónico-clónicos sugiere un trastorno comicial, aunque la epilepsia frontal y temporal produce también comportamientos más complejos. En los individuos con epilepsia relacionada con el sueño el EEG muestra a menudo alteraciones en los períodos intercrisis, aunque a veces es necesario monitorizar el EEG nocturno para efectuar el diagnóstico diferencial definitivo. Las alteraciones del sueño que obedecen a un trastorno comicial nocturno deben ser diagnosticadas como **trastorno del sueño debido a una enfermedad médica, tipo parasomnia** (v. pág. 613). Los trastornos del sueño debidos a una enfermedad médica distinta de una crisis comicial rara vez causan episodios nocturnos de comportamientos extraños. La aparición *de novo* de comportamientos extraños durante el sueño en individuos de mediana edad o mayores debe hacer sospechar la existencia de un traumatismo craneoencefálico o de una enfermedad del sistema nervioso central como un tumor o una infección.

Los terrores nocturnos pueden ser inducidos o exacerbados por medicamentos como los depresores del sistema nervioso central. Si estos episodios se consideran secundarios a los efectos fi-

siológicos directos de un fármaco o de cualquier otra sustancia, el cuadro debe considerarse un **trastorno del sueño inducido por sustancias, tipo parasomnia** (v. pág. 617).

El **trastorno de angustia** también puede despertar al individuo de las fases profundas del sueño NREM, acompañándose entonces de sensación de miedo, si bien estos episodios producen despertares rápidos y completos sin la confusión, amnesia o actividad motora añadidas típicas de los terrores nocturnos. Los individuos con crisis de angustia nocturnas manifiestan que estos síntomas son virtualmente idénticos a los de las crisis de angustia que tienen lugar durante el día. La presencia de agorafobia puede ayudar igualmente a efectuar el diagnóstico diferencial.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para el terror nocturno prácticamente iguales, excepto en que la CIE-10 limita explícitamente la duración del episodio a menos de 10 min.

Relación con la International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

Los terrores nocturnos se recogen en el DSM-IV de un modo virtualmente idéntico a como se describen en la ICSD. Los estados de activación confusional, que pueden constituir un trastorno independiente por sí mismos o aparecer conjuntamente con los terrores nocturnos, también están descritos en la ICSD. Los estados de activación confusional se caracterizan por despertares, desde fases de sueño de ondas lentas, de carácter breve y con confusión añadida, aunque sin terrores ni deambulación.

■ Criterios para el diagnóstico de F51.4 Terrores nocturnos [307.46]

- A. Episodios recurrentes de despertares bruscos, que se producen generalmente durante el primer tercio del episodio de sueño mayor y que se inician con un grito de angustia.
- B. Aparición durante el episodio de miedo y signos de activación vegetativa de carácter intenso, por ejemplo, taquicardia, taquipnea y sudoración.
- C. El individuo muestra una falta relativa de respuesta a los esfuerzos de los demás por tranquilizarle.
- D. Existe amnesia del episodio: el individuo no puede describir recuerdo alguno detallado de lo acontecido durante la noche.
- E. Estos episodios provocan malestar clínicamente significativos o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

F51.3 Sonambulismo [307.46]

Características diagnósticas

La característica esencial del sonambulismo es la existencia de episodios repetidos de comportamientos motores complejos que se inician durante el sueño y que implican que el individuo se levante de la cama y empiece a andar. Los episodios de sonambulismo suceden durante las fases de sueño con actividad EEG lenta y, por tanto, suelen aparecer en el primer tercio de la noche (Criterio A). Durante estos episodios, el individuo presenta una disminución del estado vigíl y de la reactividad a los estímulos, mirada fija y pérdida, y una ausencia relativa de respuesta al diálogo o a los esfuerzos que emprenden los demás para despertarlo (Criterio B). Si logra despertarse durante uno de estos episodios, el individuo no consigue recordarlo con claridad (cuando se levanta por la mañana sucede exactamente lo mismo) (Criterio C). Después del episodio, puede aparecer un breve período de confusión en un primer momento, que suele seguirse de una recuperación total de las funciones cognoscitivas y del comportamiento normal (Criterio D). El sonambulismo debe provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). No debe establecerse el diagnóstico de sonambulismo si el comportamiento que lleva a cabo el individuo por la noche se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica (Criterio F).

Durante los episodios de sonambulismo puede desplegarse una amplia variedad de comportamientos. En los episodios de carácter leve (denominados a veces «estados de despertar confusional») el individuo puede solamente sentarse en la cama, echar una ojeada a su alrededor o sostener la manta o la sábana entre sus manos. De todas formas, lo más típico del sonambulismo es que el individuo se levante de la cama, se pasee por las habitaciones, suba y baje escaleras, e incluso llegue a abandonar el edificio. A veces estos individuos utilizan el lavabo, comen o hablan durante los episodios. En otras ocasiones corren o incluso realizan intentos desesperados por escapar de algún peligro aparente. No obstante, la mayoría de los comportamientos que aparecen en los episodios de sonambulismo son de carácter rutinario y poco complejas, pero se han descrito casos de individuos que han llegado a abrir puertas cerradas con llave o han puesto en marcha distintos aparatos. A veces, especialmente en los niños, los episodios de sonambulismo implican comportamientos inapropiados (p. ej., orinarse en la habitación). La mayor parte de estos episodios se prolongan por espacio de unos minutos a media hora.

Los episodios de sonambulismo pueden terminar en forma de despertar espontáneo que se sigue de breves períodos de confusión; en otras ocasiones el individuo vuelve a acostarse y sigue durmiendo como si nada hubiera pasado. No es raro que a la mañana siguiente el individuo se despierte en otros lugares o encuentre pruebas de haber llevado a cabo algunas actividades durante la noche, aunque de todas formas la amnesia preside el recuerdo de estos acontecimientos. Algunos episodios dejan un vago recuerdo formado por imágenes aisladas, pero generalmente no en forma de recuerdos continuos.

Durante los episodios de sonambulismo, los individuos pueden hablar e incluso responder a preguntas. Sin embargo, la articulación de la palabra es pobre, y es raro que se establezcan diálogos de verdad. Los individuos pueden obedecer los requerimientos de otras personas para que cesen en su actividad y retornen a la cama. De todas formas, todos estos comportamientos están presididos por un bajo nivel de vigilancia, de modo que despertar al sujeto en pleno episodio resulta característicamente muy difícil. Si logra despertarse, permanece confuso durante unos minutos y posteriormente recupera el estado de vigilia normal.

Para establecer el diagnóstico de sonambulismo, el individuo debe mostrar malestar clínicamente significativo o deterioro de su actividad general. Es posible que estas personas eviten situaciones que puedan poner en evidencia su comportamiento (p. ej., los niños pueden eludir visi-

tar a amigos o ir de colonias durante el verano, y los adultos pueden abstenerse de dormir con su pareja de cama, ir de vacaciones o pasar la noche fuera de casa). Como resultado de estos comportamientos de evitación puede aparecer aislamiento o problemas laborales.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Hay estímulos de origen interno (p. ej., vejiga urinaria distendida) o externo (p. ej., ruidos) que aumentan las probabilidades de presentar un episodio de sonambulismo, lo mismo que sucede con situaciones estresantes de índole psicosocial o consumo de alcohol o de sustancias con propiedades sedantes. Algunos individuos con sonambulismo también confiesan comer por las noches, aunque en la mayoría de los casos esto se olvida o se recuerda parcialmente; sólo algunas pruebas descubiertas a la mañana siguiente pueden poner de relieve estos festines. Otras veces estas personas pueden herirse durante el episodio de sonambulismo al tropezar con objetos, subir o bajar escaleras, salir a la calle o incluso abandonar el edificio a través de las ventanas. El riesgo de heridas aumenta de forma notable si estos episodios coexisten con terrores nocturnos, ya que el individuo emprende movimientos para escapar o resistirse. Los individuos con sonambulismo o con terrores nocturnos también pueden herir a otros.

Los individuos con sonambulismo pueden presentar asimismo otras parasomnias asociadas al sueño NREM (p. ej., terrores nocturnos). En los niños el sonambulismo no suele coexistir con otros trastornos mentales, pero en los adultos esto sí puede suceder, sobre todo con trastornos de la personalidad, trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad.

Hallazgos de laboratorio. Los estudios polisomnográficos realizados con los procedimientos habituales, más el empleo adicional de monitorización audiovisual, son útiles para documentar los episodios de sonambulismo. Éstos se inician durante las primeras horas de la noche coincidiendo con el sueño profundo (habitualmente fases 3 o 4 NREM). Algunos individuos (p. ej., ancianos) experimentan estos episodios durante la fase 2 del sueño NREM. Justo antes de cada episodio, el EEG suele mostrar actividad delta rítmica (hipersincronizada) y de alto voltaje que persiste durante la actividad. Los signos EEG de activación, como es la actividad alfa, pueden igualmente aparecer al principio del episodio. Estos hallazgos se detectan tanto en los episodios completos de sonambulismo como en comportamientos más concretos (p. ej., los estados de despertar confusional). Entre otros hallazgos polisomnográficos posibles cabe citar el aumento del número de transiciones de la fase 3 a la 4 y la disminución de la calidad del sueño.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los estados febriles o la privación de sueño pueden aumentar la frecuencia de los episodios de sonambulismo. El síndrome de apnea obstructiva del sueño y otros trastornos que provocan una desestructuración importante del sueño de ondas lentas pueden asociarse asimismo a episodios de sonambulismo. Se ha observado una asociación entre los dolores de cabeza de tipo migrañoso y el sonambulismo.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

No existen pruebas evidentes que demuestren una relación entre las manifestaciones del sonambulismo y el contexto cultural del individuo que lo presenta, aunque es probable que exista una influencia en el significado y la causa que se le atribuye. Las actividades violentas durante estos episodios son más frecuentes en los adultos. El sonambulismo incide por igual en varones y mujeres.

Prevalencia

Entre un 10 y un 30 % de los niños han sufrido al menos un episodio de sonambulismo, si bien la prevalencia del trastorno (definido por episodios repetidos que provocan malestar o afectación general) es mucho menor, probablemente entre el 1 y el 5 %. Los estudios epidemiológicos con adultos arrojan una tasa de prevalencia del 1-7 % para los episodios de sonambulismo (no para el sonambulismo como trastorno).

Curso

Una vez el niño aprende a caminar, el sonambulismo puede aparecer a cualquier edad, aunque la mayoría de los episodios suelen darse en niños con edades comprendidas entre los 4 y los 8 años. La máxima prevalencia se sitúa alrededor de los 12 años. Es raro que estos episodios ocurran por primera vez en la edad adulta, en cuyo caso debe sospecharse que el individuo esté consumiendo alguna sustancia o que haya una enfermedad neurológica subyacente. El sonambulismo que aparece en la infancia suele remitir de modo espontáneo durante la adolescencia, típicamente hacia los 15 años de edad. Con menos frecuencia los episodios siguen un curso recurrente, es decir, reaparecen al principio de la edad adulta a pesar de haber remitido en los últimos períodos de la infancia. El sonambulismo en los adultos suele caracterizarse por un curso crónico con altos y bajos. Si bien es cierto que a cualquier edad pueden aparecer episodios de sonambulismo de carácter aislado, lo más frecuente es que éstos se repitan durante varios años.

Patrón familiar

El sonambulismo tiene una incidencia familiar. Hasta el 80 % de los individuos sonámbulos presenta antecedentes familiares de sonambulismo o terrores nocturnos, y aproximadamente el 10-20 % de los sonámbulos tiene algún pariente de primer grado con sonambulismo. El riesgo de sufrir este trastorno aumenta todavía más (llega a afectar al 60 % de la descendencia) cuando ambos padres tienen antecedentes de haberlo padecido. Se ha sugerido una transmisión de tipo genético, aunque todavía no se conoce el mecanismo exacto de esta transmisión.

Diagnóstico diferencial

Muchos niños sufren episodios aislados de sonambulismo, asociados o no a acontecimientos desencadenantes. El límite exacto entre los **episodios de sonambulismo sin significación clínica** y el sonambulismo como trastorno es bastante confuso. Los episodios de sonambulismo frecuentes, que producen traumatismos o heridas, comportamientos más activos o violentos y que dan lugar a un deterioro de las relaciones sociales suelen despertar la preocupación de los padres y acabar en una consulta al especialista; en tales casos, y teniendo en cuenta estos antecedentes, el diagnóstico de sonambulismo es obvio. Cuando los episodios de sonambulismo de inicio en la infancia persisten o superan la etapa adolescente, o también cuando aparecen *de novo* en plena edad adulta, debe pensarse en un sonambulismo como trastorno.

Cuando los **terrores nocturnos** se acompañan de esfuerzos por «escapar» del estímulo terrorífico, pueden ser difíciles de diferenciar clínicamente del sonambulismo. En ambos casos el individuo realiza movimientos, manifiesta dificultades para despertarse y muestra amnesia sobre lo sucedido. Los gritos iniciales, los signos de miedo y angustia intensos, y la activación vegetativa son más característicos de los terrores nocturnos. Puesto que ambos trastornos pue-

den concurrir simultáneamente en un mismo individuo, a veces es necesario diagnosticarlos a la vez.

El **trastorno del sueño relacionado con la respiración**, sobre todo el síndrome de apnea obstructiva del sueño, puede dar lugar asimismo a estados de actividad confusional y a amnesia subsiguiente. Sin embargo, en el trastorno del sueño relacionado con la respiración hay síntomas característicos como los ronquidos, las pausas respiratorias y la somnolencia diurna. En algunos individuos el trastorno del sueño relacionado con la respiración provoca episodios de sonambulismo.

El «trastorno comportamental del sueño REM» es otra parasomnia (v. **parasomnia no especificada**) en ocasiones difícil de diferenciar del sonambulismo. A diferencia de este último, el trastorno comportamental del sueño REM ocurre, como su propio nombre indica, durante el sueño REM, a menudo en el último tercio de la noche. Estos individuos se despiertan fácilmente y recuerdan el contenido de sus sueños con claridad, encajando éste con el tipo de movimientos llevados a cabo durante el episodio. A su vez, pueden presentar actividades parciales y un amplio abanico de comportamientos distintos. Los estados de actividad confusional resultan prácticamente idénticos a los episodios de sonambulismo, excepto por el hecho de que en éstos el individuo no llega a levantarse de la cama. La «borrachera de sueño» se define como un estado de transición prolongado entre el sueño y la vigilia que aparece por las mañanas. Puede ser difícil hacer levantar a estos individuos de la cama, y a veces incluso se resisten con cierta violencia. La deambulación o comportamientos todavía más complejos distinguen el sonambulismo de este otro trastorno. De todas formas, tanto los estados de actividad confusional como la borrachera de sueño pueden coexistir con el sonambulismo.

La **epilepsia relacionada con el sueño** puede dar lugar a comportamientos extraños que sólo aparecen durante el sueño. Estos individuos no responden a estímulo alguno y muestran amnesia sobre lo sucedido. Además, es típico que aparezcan movimientos más estereotipados, más perseverantes y de menor complejidad que el sonambulismo. En la mayoría de los casos los individuos con epilepsia relacionada con el sueño también presentan episodios similares durante la vigilia. El EEG muestra rasgos típicos de epilepsia, por ejemplo, actividad paroxística durante los episodios y otros signos característicos durante los períodos intercrisis. De todas formas, es importante insistir en que la presencia de convulsiones relacionadas con el sueño no excluye la posible existencia de episodios de sonambulismo. Las alteraciones del sueño que aparecen como consecuencia de convulsiones deben diagnosticarse como **trastorno del sueño debido a epilepsia, tipo parasomnia** (v. pág. 613).

Los episodios de sonambulismo pueden estar provocados por fármacos (p. ej., antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos, hidrato de cloral) u otras sustancias. En tales casos debe diagnosticarse **trastorno del sueño inducido por sustancias, tipo parasomnia** (v. pág. 617).

La **fuga disociativa** comparte algunas similitudes superficiales con el sonambulismo. Las fugas disociativas son raras en los niños, aparecen típicamente cuando el individuo está despierto, se prolongan por espacio de horas o días y no se caracterizan por alteraciones de la conciencia. Por último, aunque algunas personas fingen episodios de sonambulismo como parte de una **simulación**, no es fácil falsear la apariencia y los comportamientos característicos de sonambulismo ante los demás.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para el sonambulismo prácticamente iguales.

Relación con la International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

El sonambulismo es idéntico al que se describe en la ICSD. La ICSD recoge dos trastornos más que pueden compartir algunas características con el sonambulismo: los estados de actividad confusional y la ingesta (o bebida) nocturna.

■ Criterios para el diagnóstico de F51.3 Sonambulismo [307.46]

- A. Episodios repetidos que implican el acto de levantarse de la cama y andar por las habitaciones en pleno sueño, que tienen un lugar generalmente durante el primer tercio del período de sueño mayor.
- B. Durante estos episodios, el individuo tiene una mirada fija y perdida, se muestra relativamente arreactivo a los intentos de los demás para establecer un diálogo con él y sólo puede ser despertado a base de grandes esfuerzos.
- C. Al despertar (tanto en pleno episodio como a la mañana siguiente), el sujeto no recuerda nada de lo sucedido.
- D. A los pocos minutos de despertarse del episodio de sonambulismo, el individuo recobra todas sus facultades y no muestra afectación del comportamiento o las actividades mentales (aunque en un primer momento puede presentar confusión o desorientación).
- E. Los episodios de sonambulismo provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica.

F51.8 Parasomnia no especificada [307.47]

La categoría parasomnia no especificada se reserva para las alteraciones caracterizadas por comportamientos o reacciones fisiológicas de carácter anormal que aparecen durante el sueño o en las transiciones sueño-vigilia y que no reúnen los criterios diagnósticos para una parasomnia más específica. Los ejemplos incluyen:

1. Trastorno comportamental del sueño REM: actividad motora, a menudo de carácter violento, que aparece durante el sueño REM. A diferencia del sonambulismo, estos episodios tienden a hacer acto de presencia en la segunda mitad de la noche y se asocian a recuerdos vívidos del sueño.
2. Parálisis del sueño: incapacidad para realizar movimientos voluntarios durante la transición entre el sueño y la vigilia. Estos episodios pueden aparecer al acostarse (hipnagógicos) o al despertar (hipnopómicos) y suelen asociarse a una ansiedad extrema y, en algunos casos, a sensación de muerte inminente. La parálisis del sueño es un síntoma que acompaña con frecuencia a la narcolepsia y, en estos casos, no deben codificarse por separado.
3. Situaciones en las que el clínico ha establecido la presencia de una parasomnia, pero es incapaz de determinar si ésta es de carácter primario, debido a una enfermedad médica o inducida por una sustancia.

Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental

F51.0 Insomnio relacionado con otro trastorno mental [307.42]

F51.1 Hipersomnía relacionada con otro trastorno mental [307.44]

Características diagnósticas

La característica esencial de estos trastornos es la presencia de insomnio o hipersomnía que se considera temporal y etiológicamente relacionada con otro trastorno mental. El insomnio o la hipersomnía que se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia no se incluyen aquí y deben ser diagnosticados como trastorno del sueño inducido por sustancias (v. pág. 617). El insomnio relacionado con otro trastorno se caracteriza por dificultades para conciliar el sueño, despertares frecuentes o sensación acusada de sueño no reparador durante por lo menos 1 mes y se asocia a fatiga diurna o afectación de la actividad diaria del individuo (Criterio A). La hipersomnía relacionada con otro trastorno mental se caracteriza por sueño nocturno prolongado o episodios repetidos de sueño diurno durante al menos 1 mes (Criterio A). En ambos trastornos estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B). El insomnio o la hipersomnía no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración o una parasomnía) ni por sueño insuficiente (Criterio D). Estas alteraciones del sueño no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica (Criterio E).

Las alteraciones del sueño son características frecuentes de otros trastornos mentales. Sólo debe efectuarse el diagnóstico de insomnio o hipersomnía relacionados con otro trastorno mental cuando estas alteraciones del sueño sean uno de los principales motivos de consulta y revistan la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente (Criterio C). Los individuos con alguno de estos trastornos suelen dar la máxima importancia a sus alteraciones del sueño, y ello puede enmascarar los síntomas característicos del trastorno mental subyacente; a veces sólo un interrogatorio detallado lo pondrá de relieve. No es raro que estas personas atribuyan los síntomas del trastorno mental al hecho de no haber dormido bien.

Muchos trastornos mentales pueden producir insomnio o hipersomnía, convirtiéndose éstos en motivos principales de consulta. En el trastorno depresivo mayor los individuos suelen aquejar dificultad para conciliar o mantener el sueño, o despertar precoz sin poder volver a dormirse. La hipersomnía relacionada con trastornos del estado de ánimo se asocia a menudo a trastorno bipolar del estado de ánimo, con episodio más reciente depresivo, o a un episodio depresivo mayor con síntomas atípicos. En el trastorno de ansiedad generalizada los individuos suelen manifestar dificultades para conciliar el sueño y despertarse a medianoche con ideas recurrentes de ansiedad. Algunos individuos con trastorno de angustia presentan crisis de angustia nocturnas que pueden desembocar en insomnio. Aunque rara vez constituye el motivo principal de consulta, también suele haber insomnio acusado durante las exacerbaciones de una esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los trastornos adaptativos, los trastornos somatomorfos y los trastornos de la personalidad se relacionan también con el insomnio.

Procedimiento de tipificación

El nombre del diagnóstico comienza con el tipo de alteración del sueño (p. ej., insomnio o hipersomnía), seguido del nombre del trastorno específico del Eje I o el Eje II con el que se relaciona (p. ej., F51.0 Insomnio relacionado con un trastorno depresivo mayor [307.42]) en el Eje I. El trastorno mental específico relacionado también debe codificarse en el Eje I o en el Eje II según proceda.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Dado que, por definición, se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno mental relacionado, entre los síntomas asociados al insomnio o hipersomnía relacionados con otro trastorno mental se incluyen los síntomas esenciales y asociados del trastorno mental relacionado.

Los individuos con insomnio o hipersomnía relacionados con otro trastorno mental pueden mostrar el mismo tipo de condicionamiento negativo y activación condicionada que los individuos con insomnio primario. Por ejemplo, en estas personas aparece una progresiva ansiedad a medida que se acerca la hora de acostarse, duermen mejor fuera de su entorno normal y muestran una tendencia a pasar demasiado tiempo en la cama. También pueden presentar antecedentes de múltiples tratamientos farmacológicos inadecuados para el insomnio. Los individuos con hipersomnía relacionada con otro trastorno mental suelen hacer hincapié en los síntomas de fatiga o falta total de energía. A veces un interrogatorio detallado revela que estos síntomas relacionados con la fatiga preocupan más al paciente que la propia somnolencia. También pueden presentar antecedentes de consumo inapropiado de fármacos estimulantes, incluyendo la cafeína.

Hallazgos de laboratorio. Entre los hallazgos polisomnográficos característicos (pero no diagnósticos) del episodio depresivo mayor cabe mencionar: 1) alteración de la continuidad del sueño, como son el aumento de la latencia del sueño, el incremento del número de despertares y el despertar precoz; 2) disminución de las fases 3 y 4 del sueño (fases NREM de ondas lentas), con desaparición de la actividad de las ondas lentas del primer período NREM; 3) disminución de la latencia REM (es decir, menor duración del período NREM inicial); 4) aumento de la densidad REM (es decir, menor duración del número de movimientos oculares durante la fase REM), y 5) aumento de la duración del sueño REM en la primera mitad de la noche. Pueden ponerse de relieve alteraciones del sueño en un 40-60 % de pacientes ambulatorios y hasta en un 90 % de los pacientes ingresados por un episodio depresivo mayor. Diversas pruebas sugieren que la mayoría de estas alteraciones persisten después de la remisión clínica o incluso pueden aparecer con anterioridad al inicio del episodio depresivo mayor.

Los hallazgos polisomnográficos durante los episodios maníacos son similares a los que se observan en los episodios depresivos mayores. En la esquizofrenia se observa disminución del sueño REM en los primeros momentos de la fase aguda de la enfermedad, con un retorno gradual a los valores normales a medida que el cuadro clínico va remitiendo. La latencia REM puede verse reducida. El tiempo total de sueño suele estar muy disminuido en la esquizofrenia, mientras que las fases de ondas lentas disminuyen típicamente coincidiendo con las exacerbaciones de la enfermedad. En el trastorno de angustia los individuos pueden presentar despertares paroxísticos al entrar en las fases 3 y 4 del sueño NREM; estos despertares se acompañan de taquicardia, aumento de la frecuencia respiratoria y síntomas cognoscitivos y emocionales con crisis de angustia. Los restantes trastornos mentales, en su mayor parte, producen alteraciones del sueño de carácter inespecífico (p. ej., aumento de la latencia del sueño o despertares frecuentes).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Los individuos con insomnio o hipersomnias relacionados con otro trastorno mental pueden mostrar una apariencia cansada, fatigada y ojerosa en la exploración física general. Las enfermedades médicas que se asocian a estos trastornos del sueño son las mismas que las que se asocian al trastorno mental subyacente.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

En algunas culturas las alteraciones del sueño no tienen el mismo valor estigmatizante que los trastornos mentales. En estas culturas, por tanto, el individuo se mostrará menos reacio a acudir a la consulta por sus problemas de insomnio o hipersomnias que por otros síntomas (p. ej., depresión, ansiedad).

Los niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor suelen manifestar menos alteraciones subjetivas del sueño y presentar menos cambios polisomnográficos que los adultos. En general, la hipersomnias es más característica de los trastornos depresivos de adolescentes y adultos jóvenes, mientras que el insomnio incide más en los adultos de mayor edad.

Los trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental son más frecuentes en las mujeres. Esta diferencia refleja probablemente la mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo que presentan las mujeres más que una diferencia específica en la propia susceptibilidad a los problemas de sueño.

Prevalencia

Los problemas del sueño son extremadamente frecuentes en todos los tipos de trastornos mentales, aunque no existen estimaciones precisas del porcentaje real de individuos que acuden a la consulta movidos principalmente por estas alteraciones. El insomnio relacionado con otro trastorno mental es el diagnóstico más frecuente (35-50 %) entre los individuos que acuden a los centros especializados en trastornos del sueño para estudio de insomnio crónico. La hipersomnias relacionada con otro trastorno mental, por su parte, representa una causa mucho menos frecuente (inferior al 5 %) de hipersomnias entre los individuos que se someten a estudio por este problema.

Curso

Los trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental suelen seguir el mismo curso clínico que el trastorno mental subyacente. Las alteraciones del sueño pueden ser uno de los primeros síntomas en individuos que luego presentarán el trastorno mental asociado. Los síntomas de insomnio o hipersomnias muestran generalmente una considerable fluctuación con el tiempo. En muchos individuos con depresión, en especial los que reciben tratamiento farmacológico, las alteraciones del sueño pueden experimentar una rápida mejoría, a menudo con más rapidez con que lo hacen otros síntomas del trastorno depresivo subyacente. Por otra parte, hay individuos que presentan insomnio persistente o intermitente incluso después de que hayan remitido otros síntomas de su trastorno depresivo mayor. Los individuos con trastorno bipolar acostumbran a presentar distintas alteraciones del sueño dependiendo de la naturaleza del episodio actual. Durante los episodios maníacos, los afectados suelen mostrar hiposomnias, aunque rara vez se quejan de su incapacidad para dormir. Por otra parte, estos individuos sí pueden manifestar un malestar significativo a causa de la hipersomnias durante los episodios depresivos mayores. Las personas con trastornos psicóticos, en la mayoría de las ocasiones, presentan un empeoramiento acusado del sueño ya en

los primeros momentos de una exacerbación aguda, pero, a medida que los síntomas psicóticos decaen, manifiestan una notable mejoría de estas alteraciones del sueño.

Diagnóstico diferencial

No debe diagnosticarse insomnio o hipersomnias relacionados con otro trastorno mental a todo individuo con un trastorno mental que presente síntomas relacionados con el sueño, salvo que éstos revistan la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. En la mayoría de los individuos con **trastorno depresivo mayor** que manifiestan dificultades para conciliar o mantener el sueño por la noche, tampoco está indicado el diagnóstico aislado de trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental. No obstante, si el motivo de consulta principal se centra en las alteraciones del sueño o el insomnio resulta claramente desproporcionado respecto al resto de los síntomas, sí puede estar indicado el diagnóstico adicional de insomnio relacionado con otro trastorno mental.

El diagnóstico diferencial entre el **insomnio primario** o la **hipersomnia primaria** y el insomnio o hipersomnia relacionados con otro trastorno mental puede ser muy difícil en individuos que acuden a la consulta por alteraciones del sueño clínicamente significativas y por otros síntomas de un trastorno mental. El diagnóstico de insomnio o hipersomnia relacionados con otro trastorno mental debe basarse en los tres puntos siguientes. En primer lugar, el insomnio o la hipersomnia han de poder atribuirse a otro trastorno mental (p. ej., el insomnio o la hipersomnia aparecen exclusivamente en el transcurso del trastorno mental). En segundo lugar, el insomnio o la hipersomnia constituyen el motivo principal de consulta y revisten la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Por último, el cuadro sintomático reúne la totalidad de criterios diagnósticos para otro trastorno mental. El diagnóstico de insomnio primario o hipersomnia primaria es apropiado cuando estas alteraciones se acompañan de síntomas (p. ej., ansiedad, estado de ánimo deprimido) que no cumplen los criterios para un trastorno mental específico. El diagnóstico de insomnio primario también está indicado cuando el individuo con síntomas de insomnio crónico presenta posteriormente un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo. Si los síntomas de insomnio o hipersomnia persisten mucho tiempo después de que otros síntomas del trastorno mental hayan remitido completamente, debe sustituirse el diagnóstico de insomnio o hipersomnia relacionados con otro trastorno mental por el de insomnio primario o hipersomnia primaria.

Tampoco debe establecerse el diagnóstico de insomnio o hipersomnia relacionados con otro trastorno mental cuando estas alteraciones se expliquen mejor por la presencia de **otro trastorno del sueño** (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración o una parasomnia).

El insomnio o hipersomnia relacionados con otro trastorno mental deben diferenciarse del **trastorno del sueño debido a una enfermedad médica**, donde las alteraciones del sueño se consideran una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad subyacente específica (p. ej., feocromocitoma, hipertiroidismo) tras evaluar la historia clínica, las exploraciones físicas y los hallazgos de laboratorio (v. pág. 613 para un comentario más detallado sobre este asunto).

El **trastorno del sueño inducido por sustancias** se diferencia del insomnio o la hipersomnia relacionados con otro trastorno mental por el hecho de que una sustancia determinada (p. ej., drogas, fármacos) se considera etiológicamente relacionada con estas alteraciones del sueño (v. página 617 para un comentario más detallado sobre este asunto). Por ejemplo, el insomnio que aparece exclusivamente durante un consumo importante de cafeína debe diagnosticarse como trastorno del sueño, inducido por cafeína tipo insomnio.

Los trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental deben diferenciarse a su vez de los **patrones de sueño normales**, así como de otros trastornos del sueño. Aunque los problemas ocasionales de insomnio o hipersomnia son frecuentes en la población general, no suelen

acompañarse de otros signos y síntomas de un trastorno mental. Las alteraciones transitorias del sueño son reacciones normales a acontecimientos de carácter estresante y no suelen requerir un diagnóstico específico. Sólo debe considerarse el diagnóstico aislado de insomnio o hipersomnias relacionadas con otro trastorno mental cuando estas alteraciones del sueño sean particularmente importantes y duraderas.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 no incluye categorías separadas para el insomnio o la hipersomnias relacionadas con otro trastorno mental.

Relación con la International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

La ICSD incluye diagnósticos análogos para los trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental y enumera específicamente psicosis, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno de angustia y alcoholismo.

■ Criterios para el diagnóstico de F51.0 Insomnio relacionado con... (indicar el trastorno del Eje I o el Eje II) [307.42]

- A. El principal motivo de consulta es la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o la sensación de sueño no reparador al despertarse, durante al menos 1 mes, asociadas a fatiga diurna o afectación de las actividades diarias.
- B. Las alteraciones del sueño (o sus secuelas diurnas) provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. El insomnio se considera relacionado con otro trastorno del Eje I o el Eje II (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad), pero reviste la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.
- D. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración o una parasomnias).
- E. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

■ Criterios para el diagnóstico de F51.1 Hipersomnía relacionada con... (indicar el trastorno del Eje I o el Eje II) [307.44]

- A. El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva durante al menos 1 mes, tal como ponen de relieve episodios de sueño nocturno más prolongados de lo normal o aparición casi diaria de episodios de sueño diurno.
- B. La somnolencia excesiva provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La hipersomnía se considera relacionada con otro trastorno del Eje I o el Eje II (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico), pero es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.
- D. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración o una parasomnía) o por una cantidad insuficiente de sueño.
- E. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica.

Otros trastornos del sueño

G47.x Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica [780.xx]

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la presencia de alteraciones prominentes del sueño que revisten la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente (Criterio A) y que se consideran secundarias a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Entre los síntomas que caracterizan este trastorno cabe citar insomnio, hipersomnía, una parasomnía o una combinación de todos ellos. Para efectuar el diagnóstico de trastorno del sueño debido a una enfermedad médica debe haber una historia clínica, una exploración física y unos hallazgos de laboratorio que confirmen que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica (Criterio B). La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno adaptativo, en el que el agente estresante es una enfermedad médica (Criterio C). No debe establecerse este diagnóstico si los síntomas relacionados con el sueño aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio D). Convencionalmente, las alteraciones del sueño debidas a un trastorno del sueño relacionado con la respiración (p. ej., apnea del sueño) o a narcolepsia no se incluyen en esta categoría (Criterio E). Los síntomas relacionados con el sueño provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F).

Para determinar si la alteración del sueño obedece a una enfermedad médica, el clínico debe establecer en primer lugar la presencia de esta enfermedad subyacente. Además, debe determinar

el mecanismo fisiológico por el que la enfermedad médica puede considerarse responsable de los síntomas relacionados con el sueño. Para ello es fundamental llevar a cabo una extensa y cuidadosa valoración de múltiples factores. Aunque no existen procedimientos infalibles para determinar con seguridad la relación entre el proceso patológico subyacente y el cuadro sintomático, algunas consideraciones pueden servir de orientación. La primera hace referencia a la asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la alteración del sueño. Otra consideración es la presencia de características atípicas de los trastornos primarios del sueño (p. ej., edad de inicio o curso atípicos, ausencia de historia familiar). A veces es útil encontrar pruebas documentales en la literatura que sugieran una relación directa entre la enfermedad médica en cuestión y la presentación de las alteraciones del sueño. Además, el clínico también debe establecer que esta alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno primario del sueño, un trastorno del sueño inducido por sustancias u otros trastornos mentales primarios (p. ej., trastorno adaptativo). Esta determinación se expone con mayor detalle en la sección «Trastornos mentales debidos a enfermedad médica» (pág. 171).

Subtipos

Los subtipos enumerados a continuación pueden emplearse para indicar qué tipo de cuadro clínico predomina. La presentación clínica del trastorno del sueño específico debido a una enfermedad médica puede imitar la forma análoga de trastorno primario del sueño. De todas formas, no es necesario que se cumpla la totalidad de criterios para el trastorno primario del sueño análogo para asignar un diagnóstico de trastorno del sueño debido a una enfermedad médica.

Tipo insomnio. Este subtipo se refiere a motivos de consulta que hacen especial hincapié en la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o en la sensación al despertarse de sueño no reparador.

Tipo hipersomnía. Este subtipo debe emplearse cuando el motivo principal de consulta es la excesiva duración del sueño nocturno o la excesiva somnolencia durante las horas de vigilia.

Tipo parasomnía. Este subtipo hace referencia a alteraciones del sueño caracterizadas por comportamientos anormales que tienen lugar durante el sueño o durante la transición sueño-vigilia.

Tipo mixto. Este subtipo debe emplearse para designar un problema del sueño debido a una enfermedad médica caracterizada por múltiples síntomas relacionados con el sueño, pero sin que ninguno de ellos predomine.

Procedimiento de tipificación

Al registrar el diagnóstico de trastorno del sueño debido a una enfermedad médica, el clínico debe anotar en el Eje I tanto las características fenomenológicas específicas de la alteración, incluyendo el subtipo que mejor encaje con el cuadro clínico predominante, como la enfermedad específica que se considere responsable de la alteración (p. ej., G47.0 Trastorno del sueño debido a tirotoxicosis, tipo insomnio [780.52]). Debe anotarse asimismo el código diagnóstico correspondiente a la enfermedad médica en el Eje III (p. ej., E05.9 Tirotoxicosis [242.9]).

Síntomas y trastornos asociados

Hallazgos de laboratorio. Los hallazgos de laboratorio que pueden detectarse son compatibles con la enfermedad médica subyacente. No existen registros polisomnográficos específicos

para el grupo de trastornos del sueño debidos a enfermedades médicas. La mayor parte de estas enfermedades provocan una disminución de la duración total del sueño, un aumento del número de despertares, una disminución del sueño de ondas lentas y (aunque de forma menos consistente) una menor cantidad de sueño REM o de densidad REM. Algunas enfermedades médicas producen alteraciones polisomnográficas más específicas. Por ejemplo, los individuos con fibromialgia se quejan de sueño no reparador y muestran con frecuencia un patrón de actividad EEG alfa durante el sueño NREM. Las convulsiones relacionadas con el sueño se traducen en descargas EEG específicas compatibles con el tipo de trastorno comicial subyacente.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. En principio, cabe esperar que los individuos con un trastorno del sueño debido a una enfermedad médica presenten los típicos hallazgos clínicos de la enfermedad médica subyacente. Una amplia variedad de enfermedades neurológicas y médicas puede producir alteraciones del sueño, entre las que cabe destacar (aunque no de forma exclusiva) las enfermedades neurológicas de carácter degenerativo (p. ej., enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington), las lesiones cerebrovasculares (p. ej., aparición de insomnio después de una lesión vascular del tronco cerebral superior), enfermedades endocrinas (p. ej., hipo o hipertiroidismo, hipo o hiperadrenocorticismo), infecciones víricas o bacterianas (p. ej., hipersomnia relacionada con una encefalitis vírica), cuadros tusígenos relacionados con enfermedades pulmonares distintas a los trastornos del sueño relacionados con la respiración (p. ej., bronquitis crónica) y dolor de origen musculoesquelético (p. ej., artritis reumatoide, fibromialgia).

Diagnóstico diferencial

Los trastornos del sueño debidos a una enfermedad médica deben diferenciarse de las alteraciones normales de los patrones del sueño, de los trastornos primarios del sueño, de los trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental y de los trastornos del sueño inducidos por sustancias. Muchos individuos experimentan **alteraciones del sueño en el curso de enfermedades neurológicas o médicas**. En la mayoría de los casos estos problemas no requieren un diagnóstico adicional de trastorno del sueño. De hecho, el diagnóstico de trastorno del sueño debido a una enfermedad médica debe reservarse para los casos en que las alteraciones del sueño constituyen una característica clínica claramente predominante, se asocian a síntomas atípicos o producen tal malestar o deterioro de la capacidad de atención del individuo como para requerir un tratamiento específico.

Los trastornos del sueño debidos a enfermedades médicas se caracterizan por síntomas parecidos a los de los **trastornos primarios del sueño**. El diagnóstico diferencial entre ambos trastornos radica no en los síntomas específicos, sino en la presencia o ausencia de una enfermedad médica que, a juicio del clínico, puede considerarse relacionada etiológicamente con las alteraciones del sueño. En el caso específico de la **narcolepsia** o del **trastorno del sueño relacionado con la respiración**, se supone que la etiología es secundaria a enfermedad médica subyacente. Sin embargo, en estos dos ejemplos específicos la enfermedad médica no existe independiente de los síntomas relacionados con el sueño. Por esta razón, estos dos trastornos están recogidos en el apartado «Trastornos primarios del sueño».

El diagnóstico diferencial entre un trastorno del sueño debido a una enfermedad médica y un **trastorno del sueño inducido por sustancias** puede ser particularmente difícil. En muchos casos la gente con una enfermedad médica importante suele recibir un tratamiento farmacológico; estos medicamentos, a su vez, pueden producir síntomas relacionados con el sueño. Por ejemplo, un individuo puede presentar alteraciones del sueño debidas a un cuadro asmático. No obstante, es posible que este individuo esté tomando compuestos de teofilina, los cuales a veces causan por sí

mismos alteraciones del sueño. Así pues, el diagnóstico diferencial entre un trastorno del sueño debido a una enfermedad médica y un trastorno del sueño inducido por sustancias acaba dependiendo de la cronología, de la respuesta a la administración o el abandono de un tratamiento y del curso evolutivo del proceso. Sin embargo, en algunos casos está indicado diagnosticar ambos trastornos simultáneamente. Cuando se sospecha que el trastorno del sueño está motivado por el abuso de drogas, la práctica de un *screening* en la sangre o la orina puede ser eficaz para diferenciar este problema de un trastorno del sueño debido a una enfermedad médica.

Cuando el clínico no puede determinar si la alteración del sueño es de origen primario, está relacionada con otro trastorno mental, es debida a una enfermedad médica o está inducida por una sustancia, el diagnóstico apropiado es disomnia o parasomnia no especificada.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 no incluye criterios diagnósticos para el trastorno del sueño debido a una enfermedad médica. En la CIE-10, este trastorno está recogido en el capítulo VI, «Enfermedades del sistema nervioso».

Relación con la International Classification of Sleep Disorders (ICSD)

La ICSD contiene la sección general «Trastornos del sueño médicos/psiquiátricos». Se presentan diagnósticos específicos para trastornos del sueño que se asocian a enfermedades neurológicas (se enumeran 7 ejemplos) y médicas (se enumeran igualmente 7 ejemplos). Así pues, si bien la ICSD cita sólo 14 enfermedades neurológicas o médicas, el clínico puede diagnosticar un trastorno del sueño asociado a cualquier otra enfermedad médica utilizando el código diagnóstico apropiado.

■ Criterios para el diagnóstico de G47.x Trastorno del sueño debido a... (indicar enfermedad médica) [780.xx]

- A. Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para requerir una atención clínica independiente.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio hay pruebas de que las alteraciones del sueño son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones del sueño no cumplen los criterios para la narcolepsia ni trastorno del sueño relacionado con la respiración.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de G47.x Trastorno del sueño debido a... (indicar enfermedad médica) [780.xx] (continuación)

- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar tipo:

- .0 Tipo insomnio [.52]:** si el insomnio es la alteración del sueño predominante
- .1 Tipo hipersomnía [.54]:** si la hipersomnía es la alteración del sueño predominante
- .8 Tipo parasomnía [.59]:** si la alteración del sueño predominante es una parasomnía
- .8 Tipo mixto [.59]:** si hay más de una alteración del sueño, pero ninguna predomina

Nota de codificación: Incluir el nombre de enfermedad médica en el Eje I, por ejemplo, G47.0 Trastorno del sueño debido a una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tipo insomnio [780.52]; codificar también la enfermedad médica en el Eje III.

Trastorno del sueño inducido por sustancias

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la presencia de alteraciones prominentes del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente (Criterio A) y que se consideran debidas a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) (Criterio B). Dependiendo de la sustancia, pueden aparecer cuatro tipos de alteraciones del sueño. Los tipos insomnio e hipersomnía son los más frecuentes; el tipo parasomnía es menos frecuente. También se observa un tipo mixto cuando coexisten más de una alteración del sueño, pero ninguna de ellas predomina sobre las demás. Esta alteración del sueño no se explica mejor por la presencia de un trastorno mental (p. ej., otro trastorno del sueño) que no esté inducido por sustancias (Criterio C). No debe efectuarse el diagnóstico de trastorno del sueño inducido por sustancias si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio D). Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E). Sólo se establecerá este diagnóstico en vez del de intoxicación por o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas relacionados con el sueño excedan de los que habitualmente se asocian a estos dos trastornos o sean de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Véase la página 181 para una descripción más detallada de los trastornos relacionados con sustancias.

Un trastorno del sueño inducido por sustancias puede diferenciarse de un trastorno primario del sueño considerando su inicio y curso. En el caso de las drogas, a partir de la historia clínica, de la exploración física y los hallazgos de laboratorio debe haber pruebas de antecedentes de intoxicación o abstinencia. El trastorno del sueño inducido por sustancias sólo aparece coincidiendo con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos primarios del sueño pueden preceder al inicio del consumo de la sustancia o tener lugar en períodos de abstinencia manteni-

da. Debido a que el síndrome de abstinencia para diversas sustancias (p. ej., para algunas benzodiazepinas) puede ser relativamente largo, la aparición de alteraciones del sueño se observa incluso 4 semanas después de abandonar el consumo de la sustancia. Otro dato a considerar es la presencia de características que son atípicas de los trastornos primarios del sueño (p. ej., edad de inicio o curso atípicos). En cambio, factores como la persistencia de síntomas relacionados con el sueño después de 4 semanas de haber remitido la fase aguda de una intoxicación o una abstinencia; la presencia de síntomas que exceden claramente de los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo, o una historia previa de trastornos primarios del sueño recidivantes, indicarían que los síntomas pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno primario del sueño.

Subtipos y especificaciones

Los subtipos enumerados a continuación pueden emplearse para indicar qué tipo de cuadro clínico predomina. La presentación clínica del trastorno del sueño inducido por sustancias específico puede imitar la forma análoga de trastorno primario del sueño. De todas formas, no es necesario que se cumplan todos los criterios para el trastorno primario del sueño para establecer el diagnóstico de trastorno del sueño inducido por sustancias.

Tipo insomnio. Este subtipo hace referencia a motivos de consulta que insisten de modo especial en la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o en la sensación al despertarse de sueño no reparador.

Tipo hipersomnia. Este subtipo debe emplearse cuando el motivo principal de consulta es la excesiva duración del sueño nocturno o la excesiva somnolencia durante las horas de vigilia.

Tipo parasomnia. Este subtipo hace referencia a alteraciones del sueño caracterizadas por comportamientos anormales que tienen lugar durante el sueño o durante la transición sueño-vigilia.

Tipo mixto. Este subtipo debe emplearse para designar el problema del sueño inducido por sustancias que se caracteriza por múltiples síntomas relacionados con el sueño, pero sin que ninguno de ellos predomine.

El contexto en que aparecen los síntomas relacionados con el sueño puede indicarse mediante el empleo de las siguientes especificaciones:

De inicio durante la intoxicación. Esta especificación debe utilizarse si se cumplen los criterios para intoxicación con la sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia. Esta especificación debe utilizarse si se cumplen los criterios para abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después del síndrome de abstinencia.

Procedimiento de tipificación

El nombre del trastorno del sueño inducido por sustancias comienza por el de la sustancia específica (p. ej., alcohol, metilfenidato, tiroxina) que se considera responsable de la alteración del sueño. El código diagnóstico se selecciona de la lista de clases de sustancias que figuran en los criterios diagnósticos para el trastorno del sueño inducido por sustancias. Para las sustancias que no constan en ninguna de estas clases (p. ej., tiroxina), debe utilizarse el código para «otras sus-

tancias». El nombre del trastorno (p. ej., trastorno del sueño inducido por cafeína) debe ir seguido de la descripción del cuadro clínico predominante y el contexto en que estos síntomas aparecen (p. ej., F15.8 Trastorno del sueño inducido por cafeína, tipo insomnio, de inicio durante la intoxicación [292.89]). Cuando entra en juego más de una sustancia, deben anotarse todos por separado (p. ej., F14.8 Trastorno del sueño inducido por cocaína, tipo insomnio, de inicio durante la intoxicación [292.89]; F10.8 Trastorno del sueño inducido por el alcohol, tipo insomnio, de inicio durante la abstinencia [291.8]). Debe utilizarse la categoría F19.8 Trastorno del sueño inducido por sustancia desconocida [292.89], cuando se considera que el factor etiológico del cuadro es efectivamente una sustancia, pero ésta no puede identificarse.

Sustancias específicas

El trastorno del sueño inducido por sustancias aparece casi siempre durante la **intoxicación** con las siguientes clases de sustancias: alcohol; anfetamina y derivados; cafeína; cocaína; opiáceos, y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. También pueden aparecer, aunque es menos frecuente, alteraciones del sueño con el consumo de otros tipos de sustancias. El trastorno del sueño inducido por sustancias puede asociarse también a la **abstinencia** de las siguientes clases de sustancias: alcohol; anfetamina y estimulantes afines; cocaína; opiáceos, y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Cada uno de estos trastornos del sueño produce registros EEG del sueño más o menos específicos, pero en ningún caso diagnósticos. Estos perfiles EEG del sueño se relacionan posteriormente con el estadio de uso, bien sea intoxicación, consumo crónico o abstinencia que se deriva del abandono de la sustancia.

Alcohol. El trastorno del sueño inducido por el alcohol toma característicamente la forma del tipo insomnio. Durante la intoxicación aguda, el alcohol produce de forma típica un efecto sedante inmediato, es decir, aumento de la somnolencia y disminución de la vigilia que puede cifrarse en 3-4 horas. A estos fenómenos suelen añadirse un aumento de las fases 3 y 4 NREM del sueño y una disminución del sueño REM, hallazgos que pueden objetivarse mediante estudios EEG. Después de este efecto sedante inicial, el individuo muestra un aumento de las horas de vigilia, un sueño no reparador y, a menudo, actividad onírica de carácter vívido y ansioso durante el resto del sueño. Los estudios EEG practicados cuando el individuo está durmiendo revelan cómo, en la segunda mitad del período de sueño que sigue a una ingesta de alcohol, las fases 3 y 4 sufren una disminución, los períodos vigiles se incrementan y el sueño REM aumenta su cuantía. El alcohol puede agravar un trastorno del sueño relacionado con la respiración preexistente, aumentando el número de episodios de apnea obstructiva. En los individuos que lo consumen de forma habitual, el alcohol produce igualmente un efecto sedante de corta duración durante unas horas, para luego dar paso a una alteración de la continuidad del sueño durante unas horas más.

Durante la abstinencia de alcohol, el sueño muestra una clara desestructuración. Así, el individuo presenta típicamente una alteración de la continuidad del sueño, a lo cual se añade un aumento de la cantidad e intensidad del sueño REM. Estos fenómenos suelen ir acompañados de una mayor actividad onírica de carácter vívido, y cuando ésta alcanza la máxima expresión, constituye lo que se denomina el delirium por abstinencia de alcohol. Superada la fase aguda de dicho síndrome, los individuos que consumían alcohol de forma crónica pueden seguir presentando un patrón de sueño de carácter superficial y fragmentado por espacio de semanas e incluso años. Los estudios EEG practicados durante el sueño confirman la persistencia de este déficit de sueño de ondas lentas y esta alteración de la continuidad del sueño.

Anfetaminas y estimulantes afines. El trastorno del sueño inducido por anfetamina se caracteriza por la presencia de insomnio durante la intoxicación y de hipersomnolencia durante la absti-

nencia. Durante la intoxicación aguda la amfetamina reduce la cantidad total de sueño, acentúa las alteraciones de la latencia y continuidad del sueño, aumenta los movimientos corporales y disminuye el sueño REM. El sueño de ondas lentas también muestra una tendencia a la reducción. La interrupción de un consumo crónico de amfetaminas produce típicamente hipersomnias, que da lugar a un aumento de la duración del sueño nocturno y a somnolencia diurna excesiva. Las fases del sueño REM y de ondas lentas pueden adquirir un valor superior al basal como consecuencia de un efecto rebote. El test de latencia múltiple (MSLT) puede poner de manifiesto, durante la abstinencia, un aumento de la somnolencia diurna.

Cafeína. El trastorno del sueño inducido por cafeína produce típicamente insomnio, si bien algunos individuos, coincidiendo con períodos de abstinencia, pueden acudir a la consulta quejándose de hipersomnias y somnolencia diurna (v. pág. 724). La cafeína ejerce un efecto dosis-dependiente; a medida que aumenta su consumo se incrementa el estado de vigilia y disminuye la continuidad del sueño. Los registros polisomnográficos practicados en estos individuos muestran una latencia del sueño más larga, un aumento del estado vígil y una disminución del sueño de ondas lentas. No se han descrito efectos consistentes sobre el sueño REM. La interrupción brusca del consumo crónico de cafeína puede dar lugar a hipersomnias. Algunos individuos experimentan también hipersomnias entre taza y taza de café, es decir, en esos momentos en los que el efecto estimulante inmediato desaparece.

Cocaína. Como otros estimulantes, la cocaína produce típicamente insomnio durante la intoxicación aguda e hipersomnias durante la abstinencia. Durante la intoxicación aguda, la cantidad total de sueño puede verse drásticamente reducida, con sólo breves períodos de sueño, por otra parte muy desestructurado. De forma recíproca, superado el período de intoxicación aguda que sigue a la toma de una importante cantidad de cocaína, suelen aparecer alteraciones, por ejemplo, una enorme prolongación de la duración del sueño.

Opiáceos. Durante la administración aguda y de breve período, los opiáceos producen típicamente un aumento de la somnolencia y de la profundidad subjetiva del sueño. La administración aguda de opiáceos disminuye el sueño REM, dando lugar a un ligero cambio global de la cantidad total de sueño y del estado vígil. La administración crónica de opiáceos produce tolerancia a los efectos sedantes en la mayoría de los individuos, algunos de los cuales empiezan a quejarse ya de insomnio, tal como demuestran los estudios polisomnográficos, que revelan un aumento del estado vígil y una reducción del tiempo total de sueño. La abstinencia de opiáceos se acompaña típicamente de quejas de hipersomnias, si bien existen pocos trabajos objetivos que demuestren este hecho.

Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Los fármacos pertenecientes a este grupo (p. ej., barbitúricos, benzodiazepinas, meprobamato, glutetimida y metiprilon) producen efectos similares, aunque no idénticos, sobre el sueño. Las diferencias en la duración del efecto farmacológico pueden influir sobre las quejas relacionadas con el sueño y las mediciones objetivas del sueño. En general, los barbitúricos y los antiguos fármacos no barbitúricos y no benzodiazepínicos producen, de forma más consistente, tolerancia, dependencia y abstinencia más acusadas, aunque estos fenómenos pueden aparecer igualmente con las actuales benzodiazepinas.

Durante la intoxicación aguda, los fármacos sedantes-hipnóticos producen el esperado aumento de somnolencia y disminución del estado vígil. Los estudios polisomnográficos confirman estos efectos manifestados por el individuo durante la administración aguda del fármaco, así como una reducción del sueño REM y un aumento de la aparición de husos. El consumo crónico de estas sustancias (especialmente de barbitúricos y de los antiguos fármacos no barbitúricos y no benzodiazepínicos) puede producir tolerancia, reapareciendo de esta forma el insomnio. Si el individuo

incrementa entonces las dosis de fármaco, aparecerá hipersomnias diurna. Los fármacos sedantes-hipnóticos pueden agravar un trastorno del sueño relacionado con la respiración, aumentando la frecuencia e intensidad de los episodios de apnea obstructiva del sueño.

El abandono brusco del consumo crónico de sedantes-hipnóticos puede producir insomnio debido a la abstinencia. Además de la reducción de la duración del sueño, el abandono del consumo del fármaco puede dar lugar a un aumento de la ansiedad, temblor y ataxia. Los barbitúricos y los anti-epilépticos no barbitúricos y no benzodiazepínicos se asocian a una mayor incidencia de convulsiones, fenómeno que se observa con mucha menos frecuencia con las actuales benzodiazepinas. De forma característica, los fármacos sedantes-hipnóticos con un período de acción corto tienen más probabilidades de producir insomnio una vez interrumpido su consumo, mientras que aquellos con mayor tiempo de vida media se asocian más frecuentemente a somnolencia diurna mientras se están consumiendo. No obstante, cualquier fármaco sedante-hipnótico puede producir potencialmente sedación diurna o bien, cuando se abandona su consumo, insomnio. Los estudios polisomnográficos son útiles para confirmar la abstinencia, al mostrar una reducción de la duración del sueño, un aumento de la desestructuración del sueño y un «efecto rebote» que propicia un aumento del sueño REM.

Otras sustancias. Otras sustancias pueden provocar alteraciones del sueño. Ejemplos típicos de este hecho los constituyen medicamentos que afectan el sistema nervioso central o vegetativo (se incluyen agonistas y antagonistas adrenérgicos, agonistas y antagonistas dopaminérgicos, agonistas y antagonistas colinérgicos, agonistas y antagonistas serotoninérgicos, antihistamínicos y corticosteroides). Estos fármacos se prescriben en la práctica clínica habitual para controlar la hipertensión y las arritmias cardíacas, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, los problemas de la motilidad gastrointestinal y los procesos inflamatorios.

Diagnóstico diferencial

Las alteraciones del sueño son frecuentes en el contexto de intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias. Sólo debe efectuarse el diagnóstico de trastorno del sueño inducido por sustancias en vez del de **intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias** cuando las alteraciones del sueño excedan de las que habitualmente se asocian con estos dos trastornos y si la alteración es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Por ejemplo, el insomnio es un síntoma característico de la abstinencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Sólo debe diagnosticarse trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en vez de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, cuando el insomnio es más grave del que se observa habitualmente en la abstinencia de estas sustancias y requiere atención y tratamiento especiales. Si la alteración del sueño inducida por sustancias aparece exclusivamente en el transcurso de un **delirium**, se considera un síntoma más de este trastorno y no recibe diagnóstico por separado. En los **cuadros clínicos inducidos por sustancias donde aparecen diferentes tipos de síntomas a la vez** (p. ej., sueño, estado de ánimo y ansiedad), el diagnóstico del tipo específico de trastorno inducido por sustancias dependerá de la naturaleza de los síntomas predominantes en el cuadro clínico.

El trastorno del sueño inducido por sustancias se diferencia de los **trastornos primarios del sueño** y del **insomnio o hipersomnias relacionados con otro trastorno mental** por el hecho de que una sustancia en concreto se considera etiológicamente relacionada con los síntomas (v. pág. 618).

El trastorno del sueño inducido por sustancias debido a fármacos prescritos para tratar un trastorno mental o una enfermedad médica aparece cuando el individuo se halla bajo este tratamiento (o durante el síndrome de abstinencia si el fármaco en concreto es capaz de producirlo). Una vez abandonado el tratamiento, la alteración del sueño suele remitir en días o semanas (dependiendo del tiempo de vida media de la sustancia y de la presencia de abstinencia). Si los síntomas

persisten más de 4 semanas, deben considerarse otras causas para explicar estas alteraciones del sueño. No es raro que los individuos que padecen un trastorno primario del sueño tomen medicamentos o incluso drogas para lograr alivio. Si el clínico considera que estas sustancias desempeñan un papel importante en la exacerbación de las alteraciones del sueño, puede estar indicado realizar el diagnóstico adicional de trastorno del sueño inducido por sustancias.

El diagnóstico diferencial entre el trastorno del sueño inducido por sustancias y el **trastorno del sueño debido a una enfermedad médica** también puede resultar difícil. Ambos trastornos producen síntomas similares de insomnio, hipersomnia o (más raramente) una parasomnia. Además, muchos individuos que padecen enfermedades médicas que producen síntomas relacionados con el sueño reciben tratamientos farmacológicos que, por sí mismos, pueden causar estas alteraciones. El factor más importante a la hora de decantarse por una u otra etiología lo constituye la cronología de los síntomas. Por ejemplo, las alteraciones del sueño que preceden claramente a la toma de cualquier fármaco para el tratamiento de una enfermedad médica sugieren el diagnóstico de trastorno del sueño debido a una enfermedad médica. Recíprocamente, las alteraciones del sueño que aparecen durante el tratamiento de una enfermedad médica, pero que mejoran una vez suprimido el fármaco sugieren el diagnóstico de trastorno del sueño inducido por sustancias. Si el clínico ha llegado a la conclusión de que la alteración obedece tanto a la enfermedad médica como al fármaco, pueden efectuarse ambos diagnósticos (es decir, trastorno del sueño debido a una enfermedad médica y trastorno del sueño inducido por sustancias). Cuando no se dispone de suficiente información para decantarse por una u otra etiología, ni tampoco es posible atribuir el cuadro a un trastorno primario del sueño (es decir, no debido a una enfermedad médica ni inducido por una sustancia), debe diagnosticarse **parasomnia no especificada** o **disomnia no especificada**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 no incluye criterios diagnósticos para el trastorno del sueño inducido por sustancias.

■ Criterios para el diagnóstico de trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias

- A. Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física, o los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2):
 - (1) los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o la abstinencia, o dentro del mes siguiente
 - (2) el fármaco está relacionado etiológicamente con la alteración del sueño
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas se ex-

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias (*continuación*)

plicarían mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o fármaco); los síntomas persisten por un período considerable de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras el período agudo de abstinencia o intoxicación grave, o exceden claramente de los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias independiente (p. ej., una historia de episodios de carácter recurrente no relacionados con sustancias).

- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas excedan de los que habitualmente se asocian con la intoxicación o el síndrome de abstinencia, y cuando sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para el trastorno del sueño inducido por (sustancia específica):

(F10.8 Alcohol [291.8]; F15.8 Anfetamina [292.89]; F15.8 Cafeína [292.89]; F14.8 Cocaína [292.89]; F11.8 Opiáceos [292.89]; F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]; F19.8 Otras sustancias [o desconocidas] [292.89])

Especificar tipo:

Tipo insomnio: si el insomnio es la alteración del sueño predominante

Tipo hipersomnía: si la hipersomnía es la alteración del sueño predominante

Tipo parasomnía: si una parasomnía es la alteración del sueño predominante

Tipo mixto: si hay más de una alteración del sueño y ninguna predomina

Especificar si (v. la tabla de la pág. 183 para su aplicabilidad en cada sustancia):

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia

Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

Esta sección incluye los trastornos del control de los impulsos que no están clasificados en otros apartados del manual (p. ej., trastornos relacionados con sustancias, parafilias, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno disocial, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo con características que implican problemas de control de impulsos). La característica esencial de los trastornos del control de los impulsos es la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. En la mayoría de los trastornos de esta sección, el individuo percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo. Tras el acto puede o no haber arrepentimiento, autorreproches o culpa. En esta sección se incluyen los trastornos siguientes:

Trastorno explosivo intermitente. Se caracteriza por la aparición de episodios aislados en los que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos, dando lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

Cleptomanía. Se caracteriza por una dificultad recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor monetario.

Piromanía. Se caracteriza por un patrón de comportamiento que lleva a provocar incendios por puro placer, gratificación o liberación de la tensión.

Juego patológico. Se caracteriza por un comportamiento de juego desadaptado, recurrente y persistente.

Tricotilomanía. Se caracteriza por un comportamiento recurrente de arrancarse el propio cabello por simple placer, gratificación o liberación de la tensión que provoca una perceptible pérdida de pelo.

Trastorno del control de los impulsos no especificado. Se incluye para codificar los trastornos del control de los impulsos que no cumplen los criterios para cada uno de los trastornos específicos del control de los impulsos descritos antes o en otras secciones de este manual.

F63.8 Trastorno explosivo intermitente [312.34]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno explosivo intermitente es la aparición de episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que da lugar a violencia o destrucción de la propiedad (Criterio A). El grado de agresividad expresada durante el episodio es despropor-

cionado con respecto a la provocación o a la intensidad del estresante psicosocial precipitante (Criterio B). El diagnóstico de trastorno explosivo intermitente se establece sólo después de que hayan sido descartados otros trastornos mentales que cursan con episodios de comportamiento agresivo (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) (Criterio C). Los episodios agresivos no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer) (Criterio C). La persona puede describir los episodios agresivos como «raptos» o «ataques» en los que el comportamiento explosivo va precedido por una sensación de tensión o activación interior y va seguido inmediatamente de una sensación de liberación. Posteriormente, el individuo puede sentirse consternado, con remordimientos, arrepentido o avergonzado por su comportamiento agresivo.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Entre episodios explosivos se pueden observar signos de impulsividad y agresividad generalizados. Las personas con rasgos narcisistas, obsesivos, paranoides o esquizoides pueden tener una predisposición a los episodios explosivos de cólera en situaciones de estrés. El trastorno puede aparecer tras una pérdida de trabajo, un fracaso académico, un divorcio, dificultades interpersonales, accidentes (p. ej., en vehículos), una hospitalización (p. ej., por lesiones posteriores a peleas o accidentes) o un encarcelamiento.

Hallazgos de laboratorio. Puede haber hallazgos EEG inespecíficos (p. ej., enteltecimiento) o evidencia de alteraciones en la evaluación neuropsicológica (p. ej., trasposición de letras o palabras). En el LCR de algunas personas impulsivas y con predisposición a la ira se han encontrado signos de alteración en el metabolismo de la serotonina, aunque no está clara la relación específica de estos datos con el trastorno explosivo intermitente.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Puede haber signos inespecíficos o «menores» en la exploración neurológica (p. ej., reflejos asimétricos o movimientos en espejo). Pueden presentarse anomalías del desarrollo indicativas de disfunción cerebral (p. ej., lentificación del lenguaje o coordinación pobre). Puede haber antecedentes neurológicos (p. ej., traumatismo general, episodios de pérdida de conciencia, crisis convulsivas de origen febril en la infancia). Sin embargo, si el clínico juzga que el comportamiento agresivo es resultado de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica diagnosticable, el diagnóstico sería trastorno mental debido a una enfermedad médica (p. ej., cambio de personalidad debido a traumatismo craneal, tipo agresivo, o demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano, no complicada, con trastorno del comportamiento).

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

El *amok* se caracteriza por un episodio agudo de comportamiento violento y descontrolado que la persona no recuerda. Aunque se observa tradicionalmente en los países del sudeste asiático, también se han presentado casos de *amok* en Canadá y Estados Unidos. A diferencia del trastorno explosivo intermitente, el *amok* se presenta como un episodio único más que como un patrón de comportamiento agresivo y a menudo está asociado a rasgos disociativos prominentes. Los episodios de comportamiento violento son más frecuentes en varones que en mujeres.

Prevalencia

No se dispone de información fiable, pero el trastorno explosivo intermitente es raro.

Curso

Hay pocos datos sobre la edad de comienzo del trastorno explosivo intermitente, pero puede aparecer desde la adolescencia tardía hasta la tercera década de la vida. La forma de presentación es brusca y sin período prodrómico.

Diagnóstico diferencial

El comportamiento agresivo aparece en el contexto de diferentes trastornos mentales. El diagnóstico de trastorno explosivo intermitente debe considerarse únicamente después de que hayan sido descartados todos los trastornos que van asociados a comportamientos impulsivos o agresivos. Si el comportamiento agresivo aparece exclusivamente en el transcurso de un **delirium**, no se realizará el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente. De forma similar, cuando el comportamiento aparece como parte de una **demencia**, no se establecerá el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente, sino el de demencia con la especificación con trastorno del comportamiento. El trastorno explosivo intermitente debe distinguirse del **cambio de personalidad debido a una enfermedad médica, tipo agresivo**, que se diagnostica cuando el patrón de episodios agresivos se considera debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica diagnosticable (p. ej., una persona que ha sufrido lesiones cerebrales después de un accidente de automóvil y posteriormente presenta un cambio de personalidad caracterizado por episodios de agresión descontrolada). Son útiles la práctica de una detallada historia clínica y una completa exploración neurológica para establecer el pronóstico. Hay que señalar que las anomalías inespecíficas de la exploración neurológica (p. ej., «signos neurológicos menores») y los cambios EEG inespecíficos son compatibles con el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente siempre que no sean resultado de una enfermedad médica diagnosticable.

Los accesos de agresión incontrolada también pueden ir asociados a **intoxicación por sustancias** o a **abstinencia de sustancias**, sobre todo alcohol, fenciclidina, cocaína y otros estimulantes, barbitúricos e inhalantes. El clínico debe valorar detenidamente la naturaleza y el alcance de la sustancia, y es útil que recurra a su determinación en la sangre y la orina.

El trastorno explosivo intermitente debe distinguirse del comportamiento agresivo o errático que puede aparecer en el **negativismo desafiante**, el **trastorno disocial**, el **trastorno antisocial de la personalidad**, el **trastorno límite de la personalidad**, un **episodio maniaco** y la **esquizofrenia**. Si el comportamiento agresivo se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, no se debe realizar el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente. Naturalmente, el comportamiento agresivo puede aparecer en ausencia de un trastorno mental. El **comportamiento finalista** se distingue del trastorno explosivo intermitente por la existencia de incentivos y ganancias con el acto agresivo. En el contexto forense las personas pueden **simular** un trastorno explosivo intermitente para evitar la responsabilidad derivada de su comportamiento.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 no incluye criterios diagnósticos para el trastorno explosivo intermitente. En la CIE-10, este trastorno está integrado en la categoría de otros trastornos de los hábitos y los impulsos.

■ Criterios para el diagnóstico de F63.8 Trastorno explosivo intermitente [312.34]

- A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.
- C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

F63.2 Cleptomanía [312.32]***Características diagnósticas***

La característica esencial de la cleptomanía es la dificultad recurrente para controlar los impulsos de robar cualquier objeto, aun cuando no sea necesario para el uso personal o por su valor económico (Criterio A). El individuo experimenta una sensación de tensión creciente antes del robo (Criterio B), seguida de bienestar, gratificación o liberación cuando lo lleva a cabo (Criterio C). El robo no se comete para expresar cólera o por venganza, ni aparece como consecuencia de una idea delirante o una alucinación (Criterio D) y no se explica mejor por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco o un trastorno antisocial de la personalidad (Criterio E). Los objetos son robados a pesar de que tengan poco valor para el individuo, que tendría medios para adquirirlos y que con frecuencia se desprende de ellos o no los usa. A veces el individuo acumula los objetos robados o los devuelve inesperadamente. Aunque las personas con este trastorno evitarán robar cuando sea probable un arresto inmediato (p. ej., en presencia de un oficial de policía), no planifican los robos ni toman las medidas adecuadas para evitar las posibilidades de arresto. El robo se comete sin la asistencia o colaboración de otras personas.

Síntomas y trastornos asociados

Los individuos con cleptomanía experimentan el impulso de robar como egodistónico y son conscientes de que se trata de un acto equivocado y sin sentido. Con frecuencia, la persona teme ser arrestada y se siente deprimida o culpable de los robos. Los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno depresivo mayor), los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria (particularmente la bulimia nerviosa) y los trastornos de la personalidad pueden estar asociados con cleptomanía. El trastorno crea problemas legales, familiares, profesionales y personales.

Prevalencia

La cleptomanía es una alteración rara que se presenta en menos del 5 % de los ladrones de tiendas identificados. Parece ser mucho más frecuente en las mujeres.

Curso

Existe poca información sistemática sobre el curso de la cleptomanía, pero se han descrito tres cursos típicos: esporádico, con episodios breves y largos períodos de remisión; episódico, con períodos prolongados de robos y períodos de remisión, y crónicos, con algún grado de fluctuación. El trastorno puede continuar durante años, a pesar de los múltiples arrestos por robos.

Diagnóstico diferencial

Debe distinguirse la cleptomanía de los **actos ordinarios de robo o sustracción de pequeños objetos en tiendas**. El robo ordinario (ya sea planificado o impulsivo) es deliberado y está motivado por la utilidad del objeto o por su valor económico. Algunas personas, especialmente los adolescentes, pueden también arriesgarse a robar como un acto de rebeldía o como revancha. No se establece el diagnóstico de cleptomanía a menos que haya otros rasgos característicos de la cleptomanía. La cleptomanía es rara, mientras que las pequeñas sustracciones en tiendas son relativamente frecuentes. En la **simulación**, las personas pueden simular los síntomas de cleptomanía para evitar un enjuiciamiento criminal. El **trastorno antisocial de la personalidad** y el **trastorno disocial** se distinguen de la cleptomanía por un patrón general de comportamiento antisocial. La cleptomanía debe distinguirse del robo intencional o inadvertido que puede ocurrir durante un **episodio maníaco**, en respuesta a ideas delirantes o alucinaciones (p. ej., en la **esquizofrenia**), o como resultado de una **demencia**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para la cleptomanía iguales en líneas generales.

■ Criterios para el diagnóstico de F63.2 Cleptomanía [312.32]

- A. Dificultad recurrente para controlar los impulsos de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor económico.
- B. Sensación de tensión creciente inmediatamente antes de cometer el robo.
- C. Bienestar, gratificación o liberación en el momento de cometer el robo.
- D. El robo no se comete para expresar cólera o por venganza y no es en respuesta a una idea delirante o a una alucinación.
- E. El robo no se explica por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco o un trastorno antisocial de la personalidad.

F63.1 Piromanía [312.33]

Características diagnósticas

La característica esencial de la piromanía es la presencia de múltiples episodios de provocación de incendios de forma deliberada e intencionada (Criterio A). Los individuos con este trastorno experimentan tensión o activación emocional antes de provocar el incendio (Criterio B). Existe una fascinación por, un interés en, una curiosidad acerca de, o una atracción por el fuego y sus contextos situaciones (p. ej., parafernalia, usos, consecuencias) (Criterio C). Las personas con este trastorno son a menudo «vigilantes» regulares del fuego en sus vecindarios, pueden provocar falsas alarmas y ser apreciados por las instituciones, el equipo y el personal asociado con la extinción de incendios. A veces pasa tiempo en el departamento de extinción de incendios local, provocan incendios para relacionarse con el departamento de bomberos e incluso se convierten en bomberos voluntarios. Las personas con este trastorno experimentan bienestar, gratificación o liberación de la tensión cuando encienden el fuego, presencian sus efectos devastadores o participan en sus consecuencias (Criterio D). El incendio no se provoca por ganancia económica, como expresión de una ideología sociopolítica, para ocultar una actividad criminal, para expresar cólera o venganza, para mejorar las propias circunstancias vitales o en respuesta a una idea delirante o una alucinación (Criterio E). El incendio no es el resultado de un deterioro del juicio (p. ej., en la demencia, el retraso mental o la intoxicación por sustancias). No se establece el diagnóstico de piromanía si el comportamiento se explica mejor por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco o un trastorno antisocial de la personalidad (Criterio F).

Síntomas y trastornos asociados

Los individuos con piromanía pueden hacer considerables preparativos para provocar un incendio. Pueden ser indiferentes a las consecuencias del fuego sobre la vida o la propiedad, o bien obtener satisfacción con la destrucción de una propiedad. Estos comportamientos conducen a cometer delitos contra la propiedad, a consecuencias legales o a la lesión o la muerte del que provoca el incendio o de otras personas.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

Aunque la piromanía es un problema importante en la infancia y en la adolescencia (más del 40 % de los arrestados por provocación de incendios en Estados Unidos son menores de 18 años), la piromanía en la infancia es rara. La provocación de incendios en la edad juvenil está relacionada con el trastorno disocial, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o el trastorno adaptativo. La piromanía se da con más frecuencia en varones, especialmente en los que tienen pocas habilidades sociales y dificultades de aprendizaje.

Prevalencia

La piromanía parece rara.

Curso

No hay datos suficientes para establecer una edad típica de inicio de la piromanía. La relación entre la provocación de pequeños incendios en la infancia y la piromanía en la etapa adulta no ha

sido documentada. En las personas con piromanía la provocación de incendios es episódica y su frecuencia puede aumentar o disminuir. Se desconoce el curso longitudinal.

Diagnóstico diferencial

Es importante descartar otras causas de provocación de incendios antes de establecer el diagnóstico de piromanía. El fuego intencionado puede ocurrir por **beneficio, sabotaje o venganza para ocultar un crimen, para hacer una declaración política** (p. ej., un acto de terrorismo o protesta) o **para llamar la atención u obtener reconocimiento** (provocar un fuego para descubrirlo y obtener reconocimiento). El jugar con el fuego puede ocurrir también como parte de una **experimentación durante la infancia** (p. ej., jugar con cerillas, mecheros o fuego). Algunas personas con trastorno mental utilizan el fuego para comunicar un deseo, un pensamiento o una necesidad, o para conseguir un cambio en el estado de cosas. Esta forma de provocar incendios se conoce como «de tipo comunicativo» y debe ser claramente distinguida de la piromanía. No hay que hacer un diagnóstico de piromanía cuando la provocación del fuego ocurre como parte de un **trastorno disocial, un episodio maníaco o un trastorno antisocial de la personalidad**, o si tiene lugar en respuesta a una idea delirante o a una alucinación (p. ej., **esquizofrenia**). El diagnóstico de piromanía no debe establecerse cuando el incendio sea el resultado de un deterioro del juicio asociado a **demencia, retraso mental o intoxicación por sustancias**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para la piromanía iguales en líneas generales.

■ Criterios para el diagnóstico de F63.1 Piromanía [312.33]

- A. Provocación deliberada e intencionada de un incendio en más de una ocasión.
- B. Tensión o activación emocional antes del acto.
- C. Fascinación por, interés en, curiosidad acerca de o atracción por el fuego y su contexto situacional (p. ej., parafernalia, usos, consecuencias).
- D. Bienestar, gratificación o liberación cuando se inicia el fuego, o cuando se observa o se participa en sus consecuencias.
- E. El incendio no se provoca por móviles económicos, como expresión de una ideología sociopolítica, para ocultar una actividad criminal, para expresar cólera o venganza, para mejorar las propias circunstancias de la vida, en respuesta a una idea delirante o a una alucinación, o como resultado de una alteración del juicio (p. ej., en la demencia, retraso mental, intoxicación por sustancias).
- F. La provocación del incendio no se explica por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco, o un trastorno antisocial de la personalidad.

F63.0 Juego patológico [312.31]

Características diagnósticas

La característica esencial del juego patológico es un comportamiento de juego, desadaptativo, persistente y recurrente (Criterio A), que altera la continuidad de la vida personal, familiar o profesional. No debe realizarse el diagnóstico si el comportamiento de juego se explica mejor por la presencia de un episodio maniaco (Criterio B).

El individuo puede estar preocupado por el juego (p. ej., reviviendo experiencias pasadas de juego, planificando la próxima aventura de juego o pensando en la forma de conseguir dinero para seguir jugando) (Criterio A1). Muchos individuos afectos de juego patológico dicen que buscan «acción» (estado de activación, de euforia) más que dinero. Al aumentar sus apuestas o magnificar los riesgos consiguen producir y mantener los niveles de excitación deseados (Criterio A2). Los individuos con el trastorno de juego patológico continúan a menudo jugando a pesar de los repetidos esfuerzos para controlar, disminuir o detener su comportamiento (Criterio A3). Se pueden sentir inquietos o irritables cuando intentan parar de jugar (Criterio A4). El individuo puede jugar como estrategia para escapar de sus problemas o para liberarse de su disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión) (Criterio A5). Se puede presentar un patrón de «cazar o perseguir» las propias pérdidas, con una necesidad urgente de seguir con el juego (a menudo con grandes apuestas o aceptando riesgos desproporcionados), para contrarrestar una o varias pérdidas. El individuo puede abandonar su estrategia de juego y tratar de recuperar todas las pérdidas de una sola vez. Aunque todos los jugadores pueden jugar durante cortos períodos de tiempo, es el juego a largo plazo lo más característico de los individuos con juego patológico (Criterio A6). El individuo puede mentir a los miembros de su familia, terapeutas u otros para ocultar su grado de implicación en el juego (Criterio A7). Cuando el individuo se queda sin dinero y sin crédito, pueden aparecer comportamientos antisociales (p. ej., falsificación, fraude, robo o abuso de confianza) para obtener dinero (Criterio A8). El individuo puede haber comprometido o perdido una relación interpersonal importante, un trabajo o una oportunidad educativa o profesional debido al juego (Criterio A9). El individuo también puede recurrir a la estrategia de «lanzarse en paracaídas», pidiendo ayuda a la familia o a otras personas ante su desesperada situación económica a partir de jugar (Criterio A10).

Síntomas y trastornos asociados

En los individuos afectos de juego patológico puede haber una distorsión del pensamiento (p. ej., negación, superstición, confianza excesiva o sentido de poder y control). Algunos individuos con este trastorno creen que el dinero es la causa y la solución de todos sus problemas. Los individuos afectos de juego patológico son con frecuencia altamente competitivos, enérgicos, inquietos y se aburren fácilmente. Pueden estar excesivamente preocupados por la aprobación de los demás y ser generosos hasta la extravagancia. Cuando no juegan, pueden ser adictos al trabajo o a trabajar «a atracones» cuando se aproxima el vencimiento de algún compromiso. Están predispuestos a presentar enfermedades médicas asociadas al estrés (p. ej., hipertensión, úlcera gastroduodenal, migraña). En los individuos afectos de juego patológico se ha observado una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, abuso o dependencia de sustancias y trastornos antisocial, narcisista y límite de la personalidad. De los individuos en tratamiento por juego patológico, el 20 % ha hecho un intento de suicidio.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Existen variaciones culturales en la prevalencia y el tipo de actividades de juego (p. ej., pai-go, peleas de gallos, carreras de caballos, juegos de mercado). Aproximadamente un tercio de los individuos afectos de juego patológico son mujeres. Las que sufren este trastorno están más predispuestas a la depresión y juegan para escapar de su realidad. Las mujeres están poco representadas en los programas de tratamiento del juego patológico y suponen solamente un 2-4 % de la población de jugadores anónimos. Esto puede deberse a la mayor estigmatización que supone la adicción de la mujer al juego.

Prevalencia

Los pocos datos disponibles sugieren que la prevalencia del juego patológico puede ser del orden del 1-3 % de la población adulta.

Curso

El juego patológico empieza pronto en los adolescentes varones y más tardíamente en las mujeres. Aunque algunos individuos quedan «atrapados» desde su primera apuesta, para la mayoría el curso es más insidioso. Puede haber una continuidad de años de juego social seguidos de un comienzo brusco que puede ser precipitado por una mayor exposición al juego o por un estrés. El patrón de juego puede ser regular o episódico, y el curso del trastorno es crónico. En general, hay una progresión en la frecuencia de juego, la cantidad apostada y la preocupación por el juego y la obtención de dinero con el cual jugar. La urgencia de apostar o de jugar aumenta generalmente durante los períodos de estrés o depresión.

Patrón familiar

El juego patológico y la dependencia del alcohol son más frecuentes entre los padres de individuos con juego patológico que entre la población general.

Diagnóstico diferencial

El juego patológico debe distinguirse del juego social y del juego profesional. El **juego social** tiene lugar entre amigos o compañeros y su duración es limitada, con pérdidas aceptables que se han determinado previamente. En el **juego profesional** los riesgos son limitados y la disciplina es central. Algunos individuos presentan problemas asociados al juego (p. ej., intento de recuperación de pérdidas y pérdida de control) que no cumplen todos los criterios para el juego patológico.

La pérdida de juicio crítico y el juego excesivo pueden aparecer durante un **episodio maniaco**. Debe establecerse un diagnóstico adicional de juego patológico sólo si el comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia del episodio maniaco (p. ej., historia de comportamiento de juego desadaptativo al margen del episodio maniaco). Por otra parte, durante el atracón de juego un individuo afecto de juego patológico puede presentar un comportamiento que se parece a un episodio maniaco. Sin embargo, una vez que el individuo se ha alejado del juego, estos rasgos maniformes desaparecen. Los problemas con el juego pueden darse en individuos con **trastorno antisocial de la personalidad** y, si se cumplen los criterios para ambos trastornos, deben diagnosticarse los dos.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el juego patológico revisten carácter monotético (es decir, se requieren el cumplimiento de A más B más C más D), mientras que los criterios diagnósticos del DSM-IV son de tipo politético (es decir, requieren 5 síntomas de una lista de 10). Además, los criterios diagnósticos de la CIE-10 exigen el antecedente de «dos o más episodios de juego durante un período de como mínimo 1 año».

■ Criterios para el diagnóstico de F63.0 Juego patológico [312.31]

- A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:
- (1) preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar)
 - (2) necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado
 - (3) fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
 - (4) inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego
 - (5) el juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)
 - (6) después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas)
 - (7) se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
 - (8) se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego
 - (9) se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego
 - (10) se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego
- B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

F63.3 Tricotilomanía [312.39]

Características diagnósticas

La característica esencial de la tricotilomanía es el arrancamiento recurrente del cabello que da lugar a una pérdida perceptible de pelo (Criterio A). Puede haber arrancamiento del pelo en cualquier región del cuerpo donde éste crezca (incluyendo las regiones axilar, púbica y perirrec-

tal), pero los sitios más frecuentes son la cabeza, las cejas y las pestañas. El arrancamiento de pelo puede ocurrir en episodios breves distribuidos a través del día o en menor frecuencia, pero de forma sostenida, continuar durante horas. Las circunstancias provocadoras de estrés aumentan el comportamiento de arrancamiento del pelo, aunque en los estados de relajación y distracción también se observa este comportamiento (p. ej., cuando se lee un libro o se ve la televisión). Inmediatamente antes de arrancarse el cabello el individuo experimenta una sensación de tensión creciente (Criterio B). En algunos sujetos la tensión no precede necesariamente al acto, sino que va asociada al intento de resistir la necesidad. Hay gratificación, bienestar o sensación de liberación cuando se ha arrancado el cabello (Criterio C). Algunas personas experimentan una sensación de «hormigueo» en la cabeza que es aliviada al arrancar el cabello. No hay que establecer el diagnóstico de tricotilomanía si el arrancamiento de cabello se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., como consecuencia de ideas delirantes o alucinaciones) o es debido a una enfermedad médica (p. ej., dermatitis u otras enfermedades dermatológicas) (Criterio D). La alteración puede causar malestar significativo o deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El examen de la raíz del pelo, el retorcimiento o la sujeción de la trenza entre los dientes, y la tricofagia (comer cabellos) también pueden darse con la tricotilomanía. El arrancamiento del pelo no se produce en presencia de otras personas (excepto miembros muy próximos de la familia), y puede haber una evitación de las situaciones sociales. Estas personas niegan frecuentemente su comportamiento y ocultan o camuflan la alopecia resultante. Algunas personas tienen la necesidad de arrancar el pelo a otras y, en ocasiones, tratan de encontrar oportunidades para hacerlo subrepticamente. Pueden arrancar el pelo de animales domésticos, muñecas y otros materiales fibrosos (p. ej., sueters o alfombras). Morderse las uñas, rascarse, mordisquear y hacerse excoriaciones pueden ser comportamientos asociados a la tricotilomanía. Las personas con tricotilomanía también pueden tener trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o retraso mental.

Hallazgos de laboratorio. Hay datos histológicos que se consideran característicos y pueden ayudar a realizar el diagnóstico cuando se sospecha tricotilomanía y el individuo niega los síntomas. La biopsia de las áreas afectadas puede revelar la presencia de pelos cortos y rotos. El examen histológico mostrará la presencia de folículos normales y lesionados en la misma área, así como un aumento del número de cabellos en crecimiento. Algunos folículos pilosos pueden presentar síntomas de traumatismo (plegado o arrugado de la vaina externa de la raíz del pelo). Los folículos implicados pueden estar vacíos o contener un material queratinoso profundamente pigmentado. La ausencia de inflamación distingue la alopecia provocada por tricotilomanía de la alopecia areata.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. No parece que haya dolor con el arrancamiento del cabello y puede haber prurito y hormigueo en las áreas afectadas. Los patrones de pérdida de cabello son altamente variables. Son frecuentes la aparición de áreas de alopecia completa, así como de áreas con una notable disminución de la densidad del pelo. Cuando la cabeza es el área afectada, existe una predilección por las regiones coronales o parietales. La superficie del cuero cabelludo no presenta normalmente evidencias de excoriación. Puede haber un patrón de calvicie casi completa, excepto en un estrecho perímetro alrededor de los márgenes externos del cuero cabelludo, particularmente en la nuca («tonsura por tricotilomanía»). Las cejas y las pestañas pueden haber desaparecido por completo. La fragilidad del vello

púbico es aparente en la exploración. Puede haber áreas sin pelo en piernas y espalda. La tricofagia (ingestión de ovillos de pelo) puede provocar anemia, dolor abdominal, hematemesis, náuseas y vómitos, obstrucción abdominal e incluso perforación.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Ambos sexos están igualmente representados entre los niños con tricotilomanía. En los adultos la tricotilomanía parece mucho más frecuente en las mujeres que en los varones. Ello puede reflejar la frecuencia real de esta alteración en ambos sexos o indicar la diferencia de demanda terapéutica en función de factores culturales relacionados con el aspecto físico (p. ej., se acepta que los varones tienden a perder más pelo).

Prevalencia

No se dispone de datos sistemáticos sobre la prevalencia de la tricotilomanía. Aunque antes se pensaba que la tricotilomanía era un trastorno raro, en la actualidad se le supone más frecuente. Estudios recientes en poblaciones escolares sugieren que el 1-2 % de los estudiantes tienen una historia anterior o actual de tricotilomanía.

Curso

Los períodos transitorios de arrancamiento de pelo en la primera infancia son considerados un «hábito» benigno con un curso autolimitado. Sin embargo, algunos individuos con tricotilomanía crónica durante la etapa adulta explican su comienzo en la primera infancia. La edad de inicio es normalmente antes de la etapa adulta, con una mayor incidencia alrededor de los 5-8 años y los 13 años. Algunas personas tienen síntomas de forma continua durante décadas, y en otras éstos pueden aparecer y desaparecer durante semanas, meses o años. Las áreas afectadas por el arrancamiento pueden variar a lo largo del tiempo.

Diagnóstico diferencial

Deben considerarse **otras causas de alopecia** en las personas que niegan arrancarse el pelo (p. ej., alopecia areata, calvicie característica del varón, lupus eritematoso discoide crónico, liquen plano folicular, foliculitis depilatorias, seudopelada y alopecia mucinosa). No se debe realizar el diagnóstico de tricotilomanía si el comportamiento se explica mejor por la presencia de **otro trastorno mental** (p. ej., en respuesta a una idea delirante o a una alucinación en la esquizofrenia). El arrancamiento de pelo repetitivo en la tricotilomanía debe distinguirse de la compulsión, característica del **trastorno obsesivo-compulsivo**. En el trastorno obsesivo-compulsivo los comportamientos repetitivos son efectuados en respuesta a una obsesión o de acuerdo con unas reglas que pueden ser aplicadas de forma rígida. No se establecerá un diagnóstico adicional de **trastorno de movimientos estereotipados** si el comportamiento repetitivo se limita al arrancamiento del pelo. La alopecia provocada en la tricotilomanía debe distinguirse del **trastorno facticio con predominio de signos y síntomas físicos**, en el que hay un propósito de asumir el papel de enfermo.

Muchas personas retuercen y juegan con el pelo, especialmente durante los estados de elevada ansiedad, pero este comportamiento no basta para establecer el diagnóstico de tricotilomanía. Algunas personas presentan características que hacen pensar en la existencia de tricotilomanía,

pero la lesión del pelo resultante puede ser tan pequeña, que sea virtualmente indetectable. En estos casos debe considerarse el diagnóstico si los comportamientos provocan malestar significativo. En los niños son frecuentes los períodos cortos de arrancamiento del pelo, y éstos deben ser considerados un «hábito» temporal. Por esto, entre los niños, debe reservarse el diagnóstico para casos en los que el comportamiento haya persistido durante varios meses.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para la tricotilomanía iguales en líneas generales.

■ Criterios para el diagnóstico de F63.3 Tricotilomanía [312.39]

- A. Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una pérdida perceptible de pelo.
- B. Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento de pelo o cuando se intenta resistir la práctica de ese comportamiento.
- C. Bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo.
- D. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad dermatológica).
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312.30]

Esta categoría se reserva para los trastornos del control de los impulsos que no cumplen los criterios para ningún trastorno específico del control de los impulsos o para otro trastorno mental descrito en otras secciones, con síntomas relacionados con el control de los impulsos (p. ej., dependencia de sustancias, parafilia).

Trastornos adaptativos

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante (Criterio A). La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica) (Criterio B). Esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I (p. ej., trastorno por ansiedad o del estado de ánimo) o es simplemente una exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o del Eje II (Criterio C). Sin embargo, puede diagnosticarse un trastorno adaptativo en presencia de otro trastorno del Eje I o del Eje II si este último no explica el conjunto de síntomas que han aparecido en respuesta al estresante. El diagnóstico de trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo (Criterio D). Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias) (Criterio E). Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo (p. ej., más de 6 meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico (p. ej., una enfermedad médica incapacitante y crónica) o a un estresante con repercusiones importantes (p. ej., dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio).

El estresante puede ser un acontecimiento simple (p. ej., la terminación de una relación sentimental) o deberse a factores múltiples (p. ej., dificultades importantes en los negocios y problemas conyugales). Los estresantes son a veces recurrentes (p. ej., asociados a crisis estacionales en los negocios) o continuos (p. ej., vivir en un barrio de criminalidad elevada). El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad (p. ej., como sucede en una catástrofe natural). También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo (p. ej., ir a la escuela, abandonar el domicilio familiar, casarse, ser padre, fracasar en los objetivos profesionales, jubilarse).

Subtipos y especificaciones

Los trastornos adaptativos son codificados de acuerdo con el subtipo que mejor caracteriza los síntomas predominantes.

F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.

F43.28 Con ansiedad [309.24]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.

F43.22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]. Este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (p. ej., vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales).

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (p. ej., depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento (v. subtipo anterior).

F43.9 No especificado [309.9]. Este subtipo debe usarse para las reacciones desadaptativas (p. ej., quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo.

La duración de los síntomas de un trastorno adaptativo puede indicarse mediante la elección de una de las siguientes especificaciones.

Agudo. Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante menos de 6 meses.

Crónico. Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante 6 meses o más. Por definición, los síntomas no pueden persistir durante más de 6 meses después de la desaparición del estresante o de sus consecuencias. La especificación crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes.

Procedimiento de tipificación

La presentación de síntomas predominantes en el trastorno adaptativo debe indicarse por la elección del código diagnóstico y el término de la lista anterior, poniendo a continuación, si se desea, la especificación agudo o crónico (p. ej., F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, agudo [309.0]). En una evaluación multiaxial, la naturaleza del estresante puede ser indicada en el Eje IV (p. ej., divorcio).

Síntomas y trastornos asociados

El malestar o el deterioro de la actividad asociado a los trastornos adaptativos se manifiesta frecuentemente a través de una disminución del rendimiento en el trabajo o en la escuela y con cambios temporales en las relaciones sociales. Los trastornos adaptativos están asociados a un aumento del riesgo de suicidio e intentos de suicidio. La aparición de un trastorno adaptativo puede complicar el curso de una enfermedad en individuos que tengan patología médica (p. ej., incumplimiento terapéutico o ingresos prolongados en el hospital).

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Debe considerarse el contexto cultural del individuo al hacer la valoración clínica de si la respuesta individual al estresante es desadaptativa o de si el malestar asociado excede del que cabría

esperar. La naturaleza, el significado y la experiencia de los estresantes y la evaluación de la respuesta a ellos pueden variar en las diferentes culturas. Los trastornos adaptativos pueden presentarse en cualquier grupo de edad y en los dos sexos.

Prevalencia

Los trastornos adaptativos son en apariencia frecuentes, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de la población estudiada y de los métodos de evaluación. El porcentaje de individuos tratados en régimen ambulatorio con un diagnóstico principal de trastorno adaptativo se sitúa entre el 5 y el 20 %. Los individuos con circunstancias vitales poco afortunadas experimentan una tasa elevada de estresantes y tienen un riesgo mayor de presentar este trastorno.

Curso

Por definición, la alteración en el trastorno adaptativo empieza dentro de los 3 meses del inicio del estresante y no más tarde de 6 meses después de que el estresante o sus consecuencias hayan cesado. Si el estresante es un acontecimiento agudo (p. ej., un incendio en el lugar de trabajo), el inicio de la alteración suele ser inmediato (o en los próximos días) y la duración es relativamente breve (p. ej., unos pocos meses). Si el estresante o sus consecuencias persisten, el trastorno adaptativo puede persistir también.

Diagnóstico diferencial

El trastorno adaptativo constituye una categoría residual utilizada para describir alteraciones que aparecen en respuesta a un estresante identificable y que no cumplen los criterios para otro trastorno específico del Eje I. Por ejemplo, si un individuo tiene síntomas que cumplen los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor en respuesta a un estresante, el diagnóstico de trastorno adaptativo no es aplicable. El trastorno adaptativo puede diagnosticarse conjuntamente con otro trastorno del Eje I únicamente si en este último no hay síntomas característicos de los que aparecen en la reacción al estresante. Por ejemplo, un individuo puede presentar un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo después de perder un trabajo y, simultáneamente, merecer un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo.

Puesto que los **trastornos de la personalidad** son acentuados frecuentemente por el estrés, no se suele establecer el diagnóstico adicional de trastorno adaptativo. Sin embargo, si en respuesta a un estresante aparecen síntomas que no son característicos del trastorno de la personalidad (p. ej., una persona con trastorno paranoide de la personalidad desarrolla un estado de ánimo depresivo en respuesta a la pérdida del trabajo), puede ser apropiado el diagnóstico adicional de trastorno adaptativo.

El diagnóstico de trastorno adaptativo requiere la presencia de un estresante identificable, en contraste con las presentaciones atípica o subclínica que se diagnosticarían como **trastorno no especificado** (p. ej., trastorno por ansiedad no especificado). Si los síntomas del trastorno adaptativo persisten durante más de 6 meses después de que el estresante o sus consecuencias hayan cesado, el diagnóstico debe cambiarse al de trastorno no especificado.

El trastorno adaptativo, el **trastorno por estrés postraumático** y el **trastorno por estrés agudo** requieren la presencia de un estresante psicosocial. El trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo se caracterizan por la presencia de un estresante extremo y una constelación de síntomas específicos. En cambio, el trastorno adaptativo puede ser desencadenado por

un estresante de intensidad variable y expresarse a través de una amplia gama de síntomas posibles.

En los **factores psicológicos que afectan el estado físico**, los síntomas psicológicos específicos, los comportamientos y otros factores que empeoran la patología médica, complican el tratamiento de las enfermedades o aumentan la probabilidad de que se presenten. En el trastorno adaptativo, la relación es la inversa (p. ej., los síntomas psicológicos aparecen en respuesta al estrés de recibir un diagnóstico médico). En algunos individuos pueden darse las dos alteraciones.

En general, el **duelo** es diagnosticado en vez de trastorno adaptativo cuando se da una reacción esperable en respuesta a la muerte de un ser querido. El diagnóstico de trastorno adaptativo puede ser apropiado cuando la reacción excede o es más prolongada de lo que cabría esperar. El trastorno adaptativo debe distinguirse también de otras **reacciones no patológicas al estrés** que no provocan un malestar superior al esperable y que no causan un deterioro significativo de la actividad social o laboral.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

A diferencia del DSM-IV (que exige que los síntomas se inicien en los 3 primeros meses posteriores al acontecimiento estresante), los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el trastorno adaptativo requieren que éstos se inicien durante el primer mes. Además, la CIE-10 excluye los agentes estresantes de «tipo inusual o catastrófico». En cambio, el DSM-IV permite efectuar el diagnóstico en el caso de acontecimientos estresantes de carácter extremo, siempre que no se cumplan los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático o del trastorno por estrés agudo. Por último, en la sección que recoge los trastornos adaptativos, la CIE-10 distingue entre la reacción depresiva breve (que no se prolonga más allá de 1 mes) de la reacción depresiva prolongada (que puede tener una duración superior a los 6 meses, pero inferior a los 2 años).

■ Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
 - (1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
 - (2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos
(continuación)

Especificar si:

Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses

Crónico: si la alteración dura 6 meses o más

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]

F43.28 Con ansiedad [309.24]

F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]

F43.9 No especificado [309.9]

Trastornos de la personalidad

Esta sección comienza con una definición general del trastorno de la personalidad que es aplicable a cada uno de los 10 trastornos específicos de la personalidad. Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. Los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección se exponen a continuación.

El **trastorno paranoide de la personalidad** es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

El **trastorno esquizoide de la personalidad** es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.

El **trastorno esquizotípico de la personalidad** es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

El **trastorno antisocial de la personalidad** es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

El **trastorno límite de la personalidad** es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

El **trastorno histriónico de la personalidad** es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.

El **trastorno narcisista de la personalidad** es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

El **trastorno de la personalidad por evitación** es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

El **trastorno de la personalidad por dependencia** es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.

El **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

El **trastorno de la personalidad no especificado** es una categoría disponible para dos casos: 1) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad; o 2) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación (p. ej., el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad).

Los trastornos de la personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con

estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos. Hay que señalar que este sistema de agrupamiento, si bien es útil a efectos de investigación o docencia, tiene importantes limitaciones y no ha sido validado de forma consistente. Además, es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos.

Características diagnósticas

Los *rasgos de personalidad* son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos (Criterio A). Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio B) y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta (Criterio D). El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental (Criterio E) y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, una medicación o la exposición a un tóxico) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal) (Criterio F). También se proporcionan criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección. Los ítems en cada grupo de criterios para cada uno de los trastornos de la personalidad específicos son enumerados en orden de importancia diagnóstica decreciente según los datos relevantes sobre eficiencia diagnóstica (cuando existen).

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios (p. ej., trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias). El clínico tiene que valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes. La evaluación también puede verse complicada por el hecho de que las características que definen un trastorno de la personalidad en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto (p. ej., los rasgos son a menudo considerados egosintónicos). Para ayudar a salvar esta dificultad, es útil la información aportada por otros observadores.

Procedimiento de tipificación

Los trastornos de la personalidad se codifican en el Eje II. Cuando (como suele ocurrir) el patrón de comportamiento de un individuo cumple los criterios para más de un trastorno de la personalidad, el clínico debe hacer constar todos los diagnósticos de los trastornos de la personalidad pertinentes por orden de importancia. Cuando un trastorno del Eje I no es el diagnóstico principal o el motivo de consulta, se insta al clínico a que indique qué trastorno de la personalidad es el

diagnóstico principal o el motivo de consulta, anotando entre paréntesis «diagnóstico principal» o «motivo de consulta». En la mayoría de los casos el diagnóstico principal o el motivo de consulta también es el objeto principal de atención o de tratamiento. El trastorno de la personalidad no especificado es el diagnóstico apropiado para los cuadros «mixtos», en los que no se cumplen los criterios para un trastorno de la personalidad en concreto, pero donde hay características de varios trastornos de la personalidad que comportan un deterioro clínicamente significativo.

Los rasgos de personalidad desadaptativos específicos que no traspasan el umbral para algún trastorno de la personalidad también pueden anotarse en el Eje II. En estos casos no se debe utilizar un código específico; por ejemplo, el clínico puede registrar «Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II, rasgos histriónicos de personalidad [V71.09]». El empleo de mecanismos de defensa concretos también se puede indicar en el Eje II. Por ejemplo, un clínico puede registrar «Eje II: F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia; utilización frecuente de la negación [301.6]». El glosario de definiciones para los mecanismos de defensa específicos y la escala de mecanismos de defensa se exponen en el apéndice B (v. pág. 767).

Cuando un sujeto tiene un trastorno crónico del Eje I (p. ej., esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno de la personalidad (p. ej., esquizotípico, esquizoide, paranoide), el trastorno de la personalidad tiene que registrarse en el Eje II, seguido entre paréntesis de «*premorbido*». Por ejemplo, Eje I: F20.08 Esquizofrenia, tipo paranoide [295.30]; Eje II: F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (*premorbido*) [301.20].

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La valoración de la personalidad debe tener en cuenta los antecedentes étnicos, culturales y sociales del sujeto. Los trastornos de la personalidad no se deben confundir con problemas asociados a la adaptación a una cultura diferente que se da tras la inmigración o con la expresión de hábitos, costumbres o valores religiosos o políticos propios de la cultura de origen del sujeto. En especial si se evalúa a alguien de una cultura diferente, resulta útil para el clínico obtener información de gente que conozca el entorno cultural del sujeto.

Las categorías de los trastornos de la personalidad pueden ser aplicables a niños o adolescentes en los casos relativamente raros en los que los rasgos de personalidad desadaptativos particulares del individuo parezcan ser tendentes a extenderse, a persistir y a no limitarse a una etapa particular del desarrollo o a un episodio de trastornos del Eje I. Habría que reconocer los rasgos de un trastorno de la personalidad que aparecen en la niñez y que a menudo no persisten de la misma forma en la edad adulta. Para diagnosticar un trastorno de la personalidad en un sujeto de menos de 18 años, las características deben haber estado presentes durante al menos 1 año. La única excepción es el trastorno antisocial de la personalidad, que no se puede diagnosticar antes de los 18 años (v. pág. 662). Aunque, por definición, un trastorno de la personalidad requiere un inicio que no sea posterior al principio de la edad adulta, puede suceder que los sujetos no sean objeto de atención clínica hasta una edad más avanzada. Un trastorno de la personalidad puede exacerbarse tras la pérdida de personas que proporcionaban un apoyo significativo (p. ej., la esposa) o de situaciones sociales previas estabilizadoras (p. ej., el trabajo). Sin embargo, la aparición de un cambio de la personalidad en la edad media de la vida exige una evaluación completa para establecer la posible presencia de cambios de la personalidad debidos a una enfermedad médica o a un trastorno relacionado con sustancias.

Algunos trastornos de la personalidad (p. ej., el trastorno antisocial de la personalidad) se diagnostican más frecuentemente en varones. Otros (p. ej., los trastornos límite, histriónico y por dependencia) se diagnostican con más frecuencia en mujeres. Aunque estas diferencias en la prevalencia reflejan probablemente diferencias sexuales reales, cuando se den estos patrones los clínicos han de procurar no sobrediagnosticar o infradiagnosticar ciertos tipos de trastornos de la persona-

lidad en mujeres o en varones como consecuencia de estereotipos sociales acerca de los papeles y comportamientos típicos de cada sexo.

Curso

Las características de un trastorno de la personalidad suelen hacerse reconocibles durante la adolescencia o al principio de la edad adulta. Por definición, un trastorno de la personalidad es un patrón persistente de formas de pensar, sentir y comportarse que es relativamente estable a lo largo del tiempo. Algunos tipos de trastornos de la personalidad (especialmente los trastornos antisocial y límite de la personalidad) tienden a atenuarse o a remitir con la edad, lo que no parece ser el caso en algunos otros tipos (p. ej., trastornos obsesivo-compulsivo y esquizotípico de la personalidad).

Diagnóstico diferencial

Muchos de los criterios específicos para los trastornos de la personalidad describen características (p. ej., suspicacia, dependencia, insensibilidad) que también son típicas de los episodios de los **trastornos mentales del Eje I**. Sólo se debe diagnosticar un trastorno de la personalidad cuando las características definitorias aparezcan antes del comienzo de la edad adulta, sean típicas del funcionamiento a largo plazo del sujeto y no aparezcan exclusivamente durante un episodio de un trastorno del Eje I. Puede ser especialmente difícil (y no demasiado útil) diferenciar los trastornos de la personalidad de los trastornos del Eje I (p. ej., el trastorno distímico) que tienen un inicio temprano y un curso crónico y relativamente estable. Algunos trastornos de la personalidad tienen relación con el «espectro» de alguna enfermedad del Eje I (p. ej., el trastorno esquizotípico de la personalidad con la esquizofrenia; el trastorno de la personalidad por evitación con la fobia social) basándose en las similitudes fenomenológicas o biológicas o en la incidencia familiar.

Para los tres trastornos de la personalidad que pueden estar relacionados con los **trastornos psicóticos** (p. ej., paranoide, esquizoide y esquizotípico), hay un criterio de exclusión que señala que el patrón de comportamiento no debe haber aparecido exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico. Cuando un sujeto tiene un trastorno psicótico crónico del Eje I (p. ej., esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno de la personalidad, también se debe registrar el trastorno de la personalidad en el Eje II, seguido entre paréntesis por «premórbido».

El clínico tiene que ser prudente en el diagnóstico de trastornos de la personalidad durante un episodio de un **trastorno del estado de ánimo** o un **trastorno de ansiedad**, porque estos estados pueden tener características sintomáticas transversales que se asemejen a los rasgos de personalidad y pueden hacer más difícil evaluar retrospectivamente los patrones de funcionamiento del sujeto a largo plazo. Cuando los cambios de personalidad surgen y persisten después de que el sujeto haya estado expuesto a un estrés extremo, hay que tomar en consideración el diagnóstico de un **trastorno por estrés postraumático** (v. pág. 434). Cuando una persona tiene un **trastorno relacionado con sustancias**, es importante que no se realice un diagnóstico de trastorno de la personalidad que se base únicamente en comportamientos que son consecuencia de la intoxicación por o la abstinencia de la sustancia, o que estén asociadas a las actividades destinadas a mantener la dependencia (p. ej., el comportamiento antisocial). Cuando los cambios persistentes de la personalidad aparecen como resultado de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (p. ej., un tumor cerebral), hay que tener en cuenta el diagnóstico de un **cambio de personalidad debido a enfermedad médica** (v. pág. 176).

Los trastornos de la personalidad deben distinguirse de los **rasgos de personalidad que no alcanzan el umbral para un trastorno de la personalidad**. Los rasgos de personalidad sólo se

diagnostican como trastornos de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan un deterioro funcional o un malestar subjetivo significativos.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios generales del DSM-IV para los trastornos de la personalidad son iguales en líneas generales.

■ Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad

- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
 - (1) cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
 - (2) afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
 - (3) actividad interpersonal
 - (4) control de los impulsos
- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

Modelos dimensionales para los trastornos de la personalidad

El enfoque diagnóstico utilizado en este manual representa la perspectiva categorial de que los trastornos de la personalidad representan síndromes clínicos cualitativamente distintos. Una alternativa al enfoque categorial es la perspectiva dimensional de que los trastornos de la personalidad representan variantes desadaptativas de los rasgos de personalidad que se imbrican imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos mismos. Ha habido muchos intentos diferentes

de identificar las dimensiones fundamentales que subyacen a la totalidad del campo del funcionamiento normal y patológico de la personalidad. Un modelo consiste en las cinco dimensiones siguientes: neuroticismo, intraversión *versus* extraversión, rechazo o disponibilidad para experimentar, hostilidad *versus* amabilidad y escrupulosidad. Otro enfoque describe áreas más específicas de la disfunción de la personalidad, pudiendo incluir 15 a 40 dimensiones (p. ej., reactividad afectiva, aprensión social, distorsión cognoscitiva, impulsividad, insinceridad, egocentrismo). Otras dimensiones que han sido estudiadas comprenden búsqueda de novedades, dependencia de recompensas, evitación del peligro, dominancia, afiliación, compulsividad, persistencia, emocionalidad positiva *versus* negativa, búsqueda del placer *versus* evitación del daño, acomodación pasiva *versus* modificación activa y autodesarrollo *versus* dependencia. Los grupos de trastorno de la personalidad del DSM-IV (p. ej., raro-excéntrico, dramático-emocional y ansioso-temeroso) también pueden considerarse dimensiones que representan el espectro de disfunciones de la personalidad en un *continuum* con los trastornos mentales del Eje I. Las relaciones de los diferentes modelos dimensionales con las categorías diagnósticas de los trastornos de la personalidad y con diversos aspectos de la disfunción de la personalidad siguen siendo activamente investigadas.

Trastornos de la personalidad del grupo A

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad [301.0]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y aparece en diversos contextos.

Los individuos con este trastorno dan por hecho que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar, aunque no tengan prueba alguna que apoye estas previsiones (Criterio A1). Con pocas o ninguna prueba, tienen base suficiente para sospechar que los demás están urdiendo algún complot en su contra y que pueden ser atacados en cualquier momento, de repente y sin ninguna razón. Frecuentemente, sin que haya prueba objetiva de ello, sienten que han sido ofendidos profunda e irreversiblemente por otra persona o personas. Están preocupados por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de sus amigos y socios, cuyos actos son escrutados minuciosamente en busca de pruebas de intenciones hostiles (Criterio A2). Cualquier desviación que perciban en la fidelidad o la lealtad sirve como prueba a sus suposiciones. Cuando algún amigo o socio se muestra leal con ellos, están tan sorprendidos, que no pueden tener confianza o creer en él. Si se encuentran con problemas, piensan que lo que van a hacer sus amigos o socios es atacarles o ignorarles.

Los sujetos con este trastorno son reacios a confiar o intimar con los demás, porque temen que la información que comparten sea utilizada en su contra (Criterio A3). Pueden negarse a contestar preguntas personales diciendo que esa información «no es asunto de los demás». En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbran significados ocultos que son degradantes o amenazantes (Criterio A4). Por ejemplo, un sujeto con este trastorno puede malinterpretar un error legítimo de un dependiente de una tienda como un intento deliberado de no dar bien el cambio o puede ver una observación humorística de un compañero de trabajo como si fuera un ataque en

toda regla. Los halagos son frecuentemente malinterpretados (p. ej., un elogio de algo que acaban de comprar puede malinterpretarse como una crítica por ser egoísta; un halago por algún logro se malinterpreta como un intento de coartar una actuación mejor). Pueden ver una oferta de ayuda como una crítica en el sentido de que no lo están haciendo suficientemente bien ellos solos.

Los individuos con este trastorno suelen albergar rencores y son incapaces de olvidar los insultos, injurias o desprecios de que creen haber sido objeto (Criterio A5). El menor desprecio provoca una gran hostilidad, que persiste durante mucho tiempo. Puesto que siempre están pendientes de las malas intenciones de los demás, sienten a menudo que su persona o su reputación han sido atacadas o que se les ha mostrado desconsideración de alguna otra manera. Contraatacan con rapidez y reaccionan con ira ante los ultrajes que perciben (Criterio A6). Los sujetos con este trastorno pueden ser patológicamente celosos, sospechando a menudo que su cónyuge o su pareja les es infiel sin tener una justificación adecuada (Criterio A7). Pueden reunir «pruebas» triviales y circunstanciales para confirmar sus sospechas, quieren mantener un control total sobre las personas con las que tienen relaciones íntimas para evitar ser traicionados y constantemente pueden hacer preguntas y cuestionar los movimientos, los actos, las intenciones y la fidelidad del cónyuge o la pareja.

No debe diagnosticarse el trastorno paranoide de la personalidad si el patrón de comportamiento aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico, o si es debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad neurológica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal) o de otro tipo (Criterio B).

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con trastorno paranoide de la personalidad son personas con las que generalmente es difícil llevarse bien y suelen tener problemas en las relaciones personales. Su suspicacia y hostilidad excesivas pueden expresarse mediante las protestas directas, las quejas recurrentes o por un distanciamiento silencioso claramente hostil. Puesto que están excesivamente atentos a las posibles amenazas, pueden comportarse de una forma cautelosa, reservada o tortuosa y aparentan ser «fríos» y no tener sentimientos de compasión. Aunque a veces parecen objetivos, racionales y no emotivos, con mayor frecuencia muestran una gama afectiva lábil en la que predominan las expresiones de hostilidad, obstinación y sarcasmo. Su naturaleza combativa y suspicaz puede provocar en los demás una respuesta hostil, que, a su vez, sirve para confirmar al sujeto sus expectativas iniciales.

Como los individuos con trastorno paranoide de la personalidad no confían en los demás, tienen una necesidad excesiva de ser autosuficientes y un fuerte sentido de autonomía. También necesitan contar con un alto grado de control sobre quienes les rodean. A menudo son rígidos, críticos con los demás e incapaces de colaborar, aunque tienen muchas dificultades para aceptar las críticas. Son capaces de culpar a los demás de sus propios errores. Debido a su rapidez para contraatacar en respuesta a las amenazas que perciben a su alrededor, pueden ser litigantes y frecuentemente se ven envueltos en pleitos legales. Los sujetos con este trastorno tratan de confirmar sus concepciones negativas preconcebidas respecto a la gente o las situaciones que les rodean atribuyendo malas intenciones a los demás que son proyecciones de sus propios miedos. Pueden mostrar fantasías de grandiosidad no realistas y escasamente disimuladas, suelen estar pendientes de los temas de poder y jerarquía y tienden a desarrollar estereotipos negativos de los otros, en especial de los grupos de población distintos del suyo propio. Se sienten atraídos por las formulaciones simplistas del mundo y frecuentemente recelan de las situaciones ambiguas. Pueden ser vistos como «fanáticos» y formar parte de grupos de «culto» fuertemente cohesionados, junto a otros que comparten su sistema de creencias paranoides.

Los individuos con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves (que duran minutos u horas) sobre todo en respuesta al estrés. En algunos casos el trastorno paranoide de la personalidad aparece como antecedente premórbido de un trastorno delirante o una esquizofrenia. Los sujetos con este trastorno pueden presentar un trastorno depresivo mayor y tener un mayor riesgo de presentar agorafobia y trastorno obsesivo-compulsivo. Es frecuente el abuso o la dependencia del alcohol o de otras sustancias. Los trastornos de la personalidad que con más frecuencia se presentan conjuntamente con el trastorno paranoide de la personalidad parecen ser el esquizotípico, el esquizoide, el narcisista, el trastorno por evitación y el límite.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Algunos comportamientos que están influidos por los contextos socioculturales o por determinadas circunstancias de la vida pueden ser calificados equivocadamente como paranoides e incluso pueden ser reforzados por el proceso de evaluación clínica. Los miembros de los grupos minoritarios, los inmigrantes, los refugiados políticos y económicos o los sujetos con diferentes antecedentes étnicos pueden mostrar comportamientos recelosos o defensivos debido al desconocimiento (p. ej., por las barreras lingüísticas o la ignorancia de las normas o las leyes) o a la percepción de desprecio o de indiferencia por parte de la sociedad mayoritaria. A su vez, estos comportamientos pueden generar ira y frustración en las personas que tratan con ellos, creándose así un círculo vicioso de desconfianza mutua, que no se debe confundir con el trastorno paranoide de la personalidad. Algunos grupos étnicos presentan también comportamientos relacionados con su cultura que pueden malinterpretarse como paranoides.

El trastorno paranoide de la personalidad puede manifestarse por primera vez en la infancia o la adolescencia a través de actitudes y comportamientos solitarias, relaciones escasas con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento escolar, hipersensibilidad, pensamiento y lenguaje peculiares y fantasías idiosincrásicas. Estos niños pueden parecer «raros» o «excéntricos» y atraer las burlas de los otros. En la población clínica parece que se diagnostica con más frecuencia en varones.

Prevalencia

Se ha señalado que la prevalencia del trastorno paranoide de la personalidad es del 0,5-2,5 % en la población general, del 10-20 % en los hospitales psiquiátricos y del 2-10 % en los pacientes psiquiátricos ambulatorios.

Patrón familiar

Existen algunos datos que apuntan hacia un aumento de la prevalencia del trastorno paranoide de la personalidad en los familiares de los probandos con esquizofrenia crónica y hacia una relación familiar más específica con el trastorno delirante, tipo persecutorio.

Diagnóstico diferencial

El trastorno paranoide de la personalidad puede diferenciarse del **trastorno delirante, tipo persecutorio**, la **esquizofrenia, tipo paranoide**, y el **trastorno del estado de ánimo con sínto-**

mas psicóticos, porque todos estos trastornos están caracterizados por un período de síntomas psicóticos persistentes (p. ej., ideas delirantes y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno de la personalidad debe haberse manifestado antes de iniciarse los síntomas psicóticos y ha de persistir cuando los síntomas psicóticos estén en remisión. Cuando un individuo presenta un trastorno psicótico crónico en el Eje I (p. ej., esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno paranoide de la personalidad debe anotarse en el Eje II, seguido entre paréntesis por «pre-mórbido».

El trastorno paranoide de la personalidad ha de distinguirse del **cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica**, en el que los rasgos aparecen debido a los efectos directos de una enfermedad del sistema nervioso central. También ha de ser diferenciada de los **síntomas que pueden aparecer asociados al consumo crónico de sustancias** (p. ej., trastorno relacionado con la cocaína no especificado). Finalmente, también se ha de distinguir de los **rasgos paranoides asociados a la aparición de minusvalías físicas** (p. ej., deterioro auditivo).

Se puede confundir el trastorno paranoide de la personalidad con otros trastornos de la personalidad que tienen alguna característica en común. Por tanto, es importante diferenciar estos trastornos en base a las diferencias de sus síntomas característicos. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, además del trastorno paranoide de la personalidad, pueden diagnosticarse todos esos trastornos. El trastorno paranoide de la personalidad y el **trastorno esquizotípico de la personalidad** comparten los rasgos de suspicacia, distanciamiento interpersonal o ideación paranoide, pero el trastorno esquizotípico de la personalidad también incluye síntomas como pensamiento mágico, experiencias perceptivas poco habituales y rarezas del pensamiento y el lenguaje. Los sujetos cuyo comportamiento cumple los criterios para un **trastorno esquizoide de la personalidad** suelen ser percibidos como extraños, excéntricos, fríos y distantes, pero no suelen presentar una ideación paranoide importante. La tendencia de los sujetos con un trastorno paranoide de la personalidad a reaccionar con ira a pequeños estímulos se observa también en el **trastorno límite de la personalidad** y en el **trastorno histriónico de la personalidad**. Sin embargo, estos trastornos no están necesariamente asociados a una suspicacia generalizada. Las personas con **trastorno de la personalidad por evitación** pueden asimismo ser remisas a confiar en los demás, si bien más por miedo a encontrarse agobiadas o a no saber qué hacer que por temor a las malas intenciones ajenas. Aunque el comportamiento antisocial se observa en algunos individuos con trastorno paranoide de la personalidad, no suele estar motivado por un deseo de provecho personal o de explotación de los demás, como en el **trastorno antisocial de la personalidad**, sino que más bien se debe a un deseo de venganza. A veces los sujetos con un **trastorno narcisista de la personalidad** muestran recelo, aislamiento social o alienación, pero ello es consecuencia de sus temores a que se descubran sus imperfecciones o defectos.

Los rasgos paranoides pueden ser adaptativos, en especial en un entorno amenazante. El trastorno paranoide de la personalidad sólo se debe diagnosticar cuando estos rasgos sean inflexibles, desadaptativos y persistentes, y cuando provoquen deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV para el trastorno paranoide de la personalidad son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno.

■ Criterios para el diagnóstico de F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad [301.0]

- A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:
- (1) sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar
 - (2) preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios
 - (3) reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra
 - (4) en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores
 - (5) alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios
 - (6) percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar
 - (7) sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel
- B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir «premórbido», por ejemplo, «trastorno paranoide de la personalidad (premórbido)».

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad [301.20]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal. Este patrón comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con trastorno esquizoide de la personalidad no demuestran tener deseos de intimidad, parecen indiferentes a las oportunidades de establecer relaciones personales y no parece que les satisfaga demasiado formar parte de una familia o de un grupo social (Criterio A1). Prefieren emplear el tiempo en sí mismos, más que estar con otras personas. Suelen estar socialmente aislados o ser «solitarios» y casi siempre escogen actividades solitarias o aficiones que no requieran interacciones con otras personas (Criterio A2). Prefieren las tareas mecánicas o abstractas como los juegos de ordenador o matemáticos. Pueden mostrar un interés muy escaso en tener experiencias sexuales con otra persona (Criterio A3) y les gustan muy pocas o ninguna actividades (Crite-

rio A4). Suele haber una reducción de la sensación de placer a partir de experiencias sensoriales, corporales o interpersonales, como pasear por una playa tomando el sol o hacer el amor. Estos individuos no tienen amigos íntimos o personas de confianza, a excepción de algún familiar de primer grado (Criterio A5).

Los sujetos con trastorno esquizoide de la personalidad suelen parecer indiferentes a la aprobación o la crítica de los demás y no muestran preocupación alguna por lo que los demás puedan pensar de ellos (Criterio A6). Pueden abstraerse de las sutilezas normales en la interacción social y a menudo no responden adecuadamente a las normas sociales, de forma que parecen socialmente ineptos o superficiales y enfrascados en sí mismos. Habitualmente, muestran un aspecto «blando» sin reactividad emocional observable y con pocos gestos o expresiones faciales de reciprocidad, como sonrisas o cabeceo (Criterio A7). Refieren que rara vez experimentan emociones fuertes como ira o alegría. Frecuentemente manifiestan una afectividad restringida y se muestran fríos y distantes. Sin embargo, en las raras ocasiones en que estos individuos se sienten, aunque sea temporalmente, cómodos hablando de sí mismos, puede reconocer que tienen sentimientos desagradables, en especial en lo que se relaciona con las interacciones sociales.

El trastorno esquizoide de la personalidad no debe diagnosticarse si el patrón de comportamiento aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, otro trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo, o si es debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad neurológica o de otro tipo (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal) (Criterio B).

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con trastorno esquizoide de la personalidad pueden tener dificultades especiales para expresar la ira, incluso en respuesta a la provocación directa, lo que contribuye a la impresión de que no tienen emociones. A veces, sus vidas parecen no ir a ninguna parte y dejan sus objetivos a merced del azar. Estos individuos suelen reaccionar pasivamente ante las circunstancias adversas y tienen dificultades en responder adecuadamente a los acontecimientos vitales importantes. Debido a su falta de habilidades sociales y a la falta de deseo de experiencias sexuales, los sujetos con este trastorno tienen pocas amistades, es poco frecuente que salgan con alguien y no suelen casarse. La actividad laboral puede estar deteriorada, sobre todo si se requiere una implicación interpersonal, aunque los sujetos con este trastorno pueden desenvolverse bien cuando trabajan en condiciones de aislamiento social. Los individuos con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves (que duran minutos u horas), especialmente, en respuesta al estrés. En algunos casos el trastorno esquizoide de la personalidad puede aparecer como el antecedente premórbido del trastorno delirante o la esquizofrenia. Algunas veces, los sujetos con este trastorno presentan un trastorno depresivo mayor. El trastorno esquizoide de la personalidad se observa con más frecuencia simultáneamente con los trastornos de la personalidad, esquizotípico, paranoide y por evitación.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Sujetos de varios tipos de entornos culturales pueden mostrar comportamientos defensivos y estilos interpersonales que pueden ser calificados erróneamente como esquizoides. Por ejemplo, las personas que han cambiado de un entorno rural a uno urbano pueden reaccionar con un «enfriamiento emocional» que puede durar varios meses y manifestarse por actividades solitarias, afectividad restringida y otros déficit en la comunicación. Los inmigrantes de otros países son vistos a veces erróneamente como fríos, hostiles o indiferentes.

El trastorno esquizoide de la personalidad puede hacerse patente por primera vez en la infancia o la adolescencia a través de actitudes y comportamientos solitarios, pobres relaciones con los compañeros y bajo rendimiento escolar, lo que señala como diferentes a estos niños o adolescentes y les hace sujetos de burlas.

El trastorno esquizoide de la personalidad se diagnostica un poco más frecuentemente y puede causar más incapacidad en los varones.

Prevalencia

El trastorno esquizoide de la personalidad es poco frecuente en el entorno clínico.

Patrón familiar

El trastorno esquizoide de la personalidad puede ser más prevalente en los familiares de los sujetos con esquizofrenia o con trastorno esquizotípico de la personalidad.

Diagnóstico diferencial

El trastorno esquizoide de la personalidad puede diferenciarse del **trastorno delirante**, la **esquizofrenia** y el **trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos** por el hecho de caracterizarse por un período de síntomas psicóticos persistentes (p. ej., ideas delirantes y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno esquizoide de la personalidad, el trastorno de la personalidad debe haberse manifestado desde antes de iniciarse los síntomas psicóticos y debe persistir cuando los síntomas psicóticos estén en remisión. Cuando un individuo presenta un trastorno psicótico crónico en el Eje I (p. ej., esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno esquizoide de la personalidad, el trastorno esquizoide de la personalidad debe registrarse en el Eje II, seguido entre paréntesis por «**premorbo**».

Puede haber grandes dificultades para distinguir a los sujetos con trastorno esquizoide de la personalidad de quienes presentan formas leves de **trastorno autista** y **trastorno de Asperger**. Las formas leves del trastorno autista y del trastorno de Asperger se distinguen por un deterioro más grave de la interacción social y por comportamientos e intereses estereotipados.

El trastorno esquizoide de la personalidad ha de distinguirse de un **cambio de la personalidad debido a enfermedad médica**, en el que los rasgos aparecen debidos a los efectos directos de una enfermedad del sistema nervioso central. También ha de ser diferenciado de los **síntomas que pueden desarrollarse asociados al consumo crónico de sustancias** (p. ej., trastorno relacionado con la cocaína no especificado).

Se puede confundir el trastorno esquizoide de la personalidad con otros trastornos de la personalidad que tienen algunas características en común. Por tanto, es importante diferenciar estos trastornos en base a las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno esquizoide de la personalidad, pueden diagnosticarse todos esos trastornos. Aunque las características de aislamiento social y afectividad restringida son comunes a los trastornos de la personalidad esquizoide, esquizotípico y paranoide, el trastorno esquizoide de la personalidad puede diferenciarse del **trastorno esquizotípico de la personalidad** por la falta de distorsiones perceptivas y del **trastorno paranoide de la personalidad** por la falta de suspicacia e ideación paranoide. El aislamiento social del trastorno esquizoide de la personalidad puede diferenciarse del que se observa en el **trastorno de la personalidad por evitación**, que es debido al temor a encon-

trarse agobiado o a no saber qué hacer y a la anticipación excesiva de rechazo. Por el contrario, las personas con trastorno esquizoide de la personalidad tienen un mayor distanciamiento y un deseo muy limitado de familiarizarse con los demás. Los sujetos con **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** también pueden mostrar un distanciamiento social que surge de la devoción al trabajo y del malestar con las emociones, pero poseen una capacidad interna para relacionarse.

Los individuos «solitarios» pueden mostrar rasgos de personalidad que pueden considerarse esquizoideos. Sólo constituyen un trastorno esquizoide de la personalidad cuando estos rasgos son inflexibles y desadaptativos y provocan un deterioro funcional o un malestar subjetivo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV para el trastorno esquizoide de la personalidad son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno.

■ Criterios para el diagnóstico de F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad [301.20]

- A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:
- (1) ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia
 - (2) escoge casi siempre actividades solitarias
 - (3) tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona
 - (4) disfruta con pocas o ninguna actividad
 - (5) no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado
 - (6) se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás
 - (7) muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad
- B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir «premórbido», por ejemplo, «trastorno esquizoide de la personalidad (premórbido)».

F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad [301.22]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón general de déficit sociales e interpersonales caracterizados por un malestar agudo y una capacidad reducida para

las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Este patrón comienza al inicio de la edad adulta y se observa en diversos contextos.

Los individuos con trastorno esquizotípico de la personalidad suelen tener ideas de referencia (p. ej., interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y acontecimientos externos como poseedores de un significado especial e inhabitual específico para esa persona) (Criterio A1). Esto debe diferenciarse de las ideas delirantes de referencia en las que las creencias son mantenidas con una convicción delirante. Estos sujetos pueden ser supersticiosos o estar preocupados por fenómenos paranormales ajenos a las normas de su propia subcultura (Criterio A2). Pueden sentir que tienen poderes especiales para notar los hechos antes de que sucedan o para leer los pensamientos de los demás. Pueden creer que tienen un control mágico sobre los demás, que puede ser utilizado directamente (p. ej., creer que el que la esposa saque el perro a pasear es el resultado directo de que uno piense que debía hacerlo una hora antes) o indirectamente a través de realizar rituales mágicos (p. ej., pasar tres veces por encima de un determinado objeto para evitar que ocurra alguna desgracia). Pueden presentarse alteraciones perceptivas (p. ej., sentir que otra persona está presente u oír una voz murmurar su nombre) (Criterio A3). Su lenguaje puede incluir frases o construcciones raras o idiosincrásicas. Frecuentemente es indefinido, disgresivo o vago, pero sin un verdadero descarrilamiento o incoherencia (Criterio A4). Las respuestas pueden ser demasiado concretas o demasiado abstractas y las palabras y los conceptos se aplican algunas veces de formas poco habituales (p. ej., la persona puede decir que no es «hablable» en el trabajo).

Los individuos con este trastorno suelen ser recelosos y pueden presentar ideación paranoica (p. ej., creer que sus colegas en el trabajo están tratando de manchar su reputación ante su jefe) (Criterio A5). Frecuentemente, no son capaces de hacer servir todo el abanico de afectos y habilidades interpersonales necesarias para relacionarse adecuadamente y, por tanto, suelen interactuar con los demás de una manera inapropiada, inflexible o constreñida (Criterio A6). Estos sujetos son considerados frecuentemente raros o excéntricos a causa de sus manierismos poco corrientes, una forma tosca de vestir que «no se lleva» y una falta de atención a las convenciones sociales habituales (p. ej., la persona puede evitar el contacto visual, vestir ropas teñidas y mal hechas y ser incapaz de participar en las bromas con los compañeros del trabajo) (Criterio A7).

Los sujetos con trastorno esquizotípico de la personalidad interpretan como problemáticas las relaciones interpersonales y no se encuentran cómodos relacionándose con otras personas. Aunque pueden expresar infelicidad debido a la falta de relaciones, su comportamiento sugiere una falta de deseos de contactos íntimos. Como resultado, acostumbran a tener pocos o ningún amigo íntimo o persona de confianza aparte de los familiares de primer grado (Criterio A8). Se sienten ansiosos en situaciones sociales, especialmente en las que implican a gente desconocida (Criterio A9). Interactúan con otros cuando tienen que hacerlo, pero prefieren encerrarse en sí mismos, porque sienten que ellos son diferentes de los demás y no «encajan». Su ansiedad social no disminuye fácilmente, incluso cuando pasan más tiempo en un lugar o cuando se familiarizan más con los demás, porque su ansiedad tiende a estar asociada con un recelo de las intenciones ajenas. Por ejemplo, al acudir a una cena de amigos, el sujeto con trastorno esquizotípico de la personalidad no se va relajando a medida que pasa el tiempo, sino que más bien se encuentra cada vez más tenso y suspicaz.

El trastorno esquizotípico de la personalidad no debe diagnosticarse si el patrón de comportamiento aparece sólo en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, otro trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (Criterio B).

Síntomas y trastornos asociados

Los individuos con trastorno esquizotípico de la personalidad suelen buscar tratamiento para los síntomas asociados de ansiedad, depresión u otros estados de ánimo disfóricos, más que para las características del trastorno de la personalidad *per se*. Los sujetos con este trastorno de la per-

sonalidad pueden experimentar episodios psicóticos transitorios (que duran minutos u horas), especialmente en respuesta al estrés, aunque en general son de una duración insuficiente para merecer el diagnóstico adicional de un trastorno psicótico breve o un trastorno esquizofreniforme. En algunos casos se presentan síntomas psicóticos significativos que cumplen los criterios para un trastorno psicótico breve, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o una esquizofrenia. Más de la mitad tienen historia de al menos un episodio depresivo mayor. Entre el 30 y el 50 % de las personas diagnosticadas de este trastorno reciben un diagnóstico concurrente de trastorno depresivo mayor cuando son admitidos en un centro clínico. El trastorno esquizotípico de la personalidad se presenta con más frecuencia simultáneamente con los trastornos de la personalidad esquizoide, paranoide, por evitación y límite.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Las distorsiones cognoscitivas y perceptivas han de ser evaluadas en el contexto del medio cultural de cada sujeto. Las características determinadas culturalmente, en especial las referidas a las creencias y rituales religiosos, pueden ser vistas como esquizotípicas por un profano desinformado (p. ej., budú, hablar otras lenguas, la vida después de la muerte, chamanismo, leer la mente, sexto sentido, ojo del diablo y creencias mágicas relacionadas con la salud y la enfermedad).

El trastorno esquizotípico de la personalidad puede hacerse patente por primera vez en la infancia o la adolescencia a través de actividades y comportamientos solitarios, una pobre relación con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento escolar, hipersensibilidad, pensamiento y lenguaje peculiares y fantasías extrañas. Estos niños pueden parecer «raros» o «excéntricos» y atraer las burlas. El trastorno esquizotípico de la personalidad es un poco más frecuente en los varones.

Prevalencia

Se ha descrito que el trastorno esquizotípico de la personalidad se observa aproximadamente en el 3 % de la población general.

Curso

El trastorno esquizotípico de la personalidad tiene un curso relativamente estable y únicamente un pequeño número de sujetos desarrollan una esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Patrón familiar

El trastorno esquizotípico de la personalidad es de incidencia familiar y más prevalente en los familiares de primer grado de los individuos con esquizofrenia que en la población general. También puede haber un ligero aumento de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en los familiares de los probandos con trastorno esquizotípico de la personalidad.

Diagnóstico diferencial

El trastorno esquizotípico de la personalidad puede diferenciarse del **trastorno delirante**, la **esquizofrenia** y el **trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos** porque todos estos

trastornos están caracterizados por un período de síntomas psicóticos persistentes (p. ej., ideas delirantes y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno esquizotípico de la personalidad, el trastorno de la personalidad debe haberse manifestado desde antes de iniciarse los síntomas psicóticos y ha de persistir cuando los síntomas psicóticos estén en remisión. Cuando un sujeto presenta un trastorno psicótico crónico en el Eje I (p. ej., esquizofrenia) que fue precedido por un trastorno esquizotípico de la personalidad, el trastorno esquizotípico de la personalidad debe anotarse en el Eje II, seguido entre paréntesis de «**premorbido**».

Puede haber grandes dificultades para distinguir a los niños con trastorno esquizotípico de la personalidad del grupo heterogéneo de los niños solitarios y raros cuyo comportamiento está marcado por un acusado aislamiento social, excentricidades o peculiaridades en el lenguaje, y cuyos diagnósticos probablemente incluirían las formas leves de **trastorno autista**, **trastorno de Asperger** y de **trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo**. Los **trastornos de la comunicación** pueden ser diferenciados por la predominancia y gravedad del trastorno del lenguaje acompañados por los esfuerzos compensatorios que realiza el niño para comunicarse de otras maneras (p. ej., mediante gestos) y por los rasgos característicos del deterioro del lenguaje que se detectan en una evaluación especializada del lenguaje. Las formas leves del trastorno autista y del trastorno de Asperger se distinguen por la falta aún mayor de contacto social y de reciprocidad emocional y por los comportamientos e intereses estereotipados.

El trastorno esquizotípico de la personalidad ha de distinguirse del **cambio de la personalidad debido a enfermedad médica**, en el que los rasgos surgen debido a los efectos directos de una enfermedad del sistema nervioso central. También ha de ser diferenciado de los **síntomas que pueden presentarse asociados al consumo crónico de sustancias** (p. ej., trastorno relacionado con la cocaína no especificado).

Se puede confundir el trastorno esquizotípico de la personalidad con otros trastornos de la personalidad que tienen algunas características en común. Por tanto, es importante diferenciar estos trastornos en base a las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad además del trastorno esquizotípico de la personalidad, pueden diagnosticarse todos esos trastornos. Aunque los **trastornos paranoide** y **esquizoide de la personalidad** también pueden caracterizarse por el distanciamiento social y la efectividad restringida, el trastorno esquizotípico de la personalidad se diferencia de estos dos diagnósticos por la presencia de distorsiones cognitivas o perceptivas y por una acusada excentricidad o rarezas. Las relaciones personales están limitadas tanto en el trastorno esquizotípico de la personalidad como en el **trastorno de la personalidad por evitación**; sin embargo, en el trastorno de la personalidad por evitación el deseo activo de relacionarse es reprimido por el temor al rechazo, mientras que en el trastorno esquizotípico de la personalidad hay una falta de deseo de relacionarse y un distanciamiento persistente. Los sujetos con **trastorno narcisista de la personalidad** también pueden mostrar suspicacia, aislamiento social o alienación, pero en el trastorno narcisista de la personalidad estas cualidades derivan principalmente de los temores a que se descubran las imperfecciones o los defectos. Los individuos con **trastorno límite de la personalidad** también pueden presentar transitoriamente síntomas similares a los psicóticos, pero éstos están en general más estrechamente relacionados con los cambios afectivos en respuesta al estrés (p. ej., ira intensa, ansiedad o contrariedad) y habitualmente están más disociados (p. ej., desrealización o despersonalización). Por el contrario, los sujetos con trastorno esquizotípico de la personalidad son más propensos a tener síntomas parecidos a los psicóticos permanentes y que pueden empeorar bajo el estrés, pero con menor probabilidad de que se asocien a síntomas afectivos acusados. Aunque el aislamiento social se puede dar en el trastorno límite de la personalidad, normalmente esto es secundario a los fracasos interpersonales repetidos debidos a los arranques de ira y a los cambios frecuentes del humor, más que al resultado de una falta persistente de contactos sociales y de deseos de intimidad. Además, los sujetos con trastorno esquizotípico de la personalidad no suelen presentar los com-

portamientos impulsivos o manipulativos de los sujetos con un trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, hay una alta frecuencia de simultaneidad entre los dos trastornos, de forma que no siempre es factible hacer la distinción. Las **características esquizotípicas durante la adolescencia** pueden ser reflejo de una tormenta emocional transitoria, más que un trastorno de la personalidad permanente.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV para el trastorno esquizotípico de la personalidad son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. La CIE-10 no considera esta alteración como un verdadero trastorno de la personalidad y la incluye en la sección donde figuran la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y el trastorno delirante.

■ Criterios para el diagnóstico de F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad [301.22]

- A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:
- (1) ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia)
 - (2) creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o «sexto sentido»; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)
 - (3) experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales
 - (4) pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobrelaborado o estereotipado)
 - (5) suspicacia o ideación paranoide
 - (6) afectividad inapropiada o restringida
 - (7) comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar
 - (8) falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado
 - (9) ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo
- B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir «premórbido», por ejemplo, «Trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)».

Trastornos de la personalidad del grupo B

F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad [301.7]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta.

Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. Puesto que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno antisocial de la personalidad, puede ser especialmente útil integrar la información obtenida en la evaluación clínica sistemática con la información recogida de fuentes colaterales.

Para que se pueda establecer este diagnóstico el sujeto debe tener al menos 18 años (Criterio B) y tener historia de algunos síntomas de un trastorno disocial antes de los 15 años (Criterio C). El trastorno disocial implica un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de los demás o las principales reglas o normas sociales apropiadas para la edad. Los comportamientos característicos específicos del trastorno disocial forman parte de una de estas cuatro categorías: agresión a la gente o los animales, destrucción de la propiedad, fraudes o hurtos, o violación grave de las normas. Están descritas con más detalle en la página 90.

El patrón de comportamiento antisocial persiste hasta la edad adulta. Los sujetos con un trastorno antisocial de la personalidad no logran adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal (Criterio A1). Pueden perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención (que puede o no producirse) como la destrucción de una propiedad, hostigar o robar a otros, o dedicarse a actividades ilegales. Las personas con este trastorno desprecian los deseos, derechos o sentimientos de los demás. Frecuentemente, engañan y manipulan con tal de conseguir provecho o placer personales (p. ej., para obtener dinero, sexo o poder) (Criterio A2). Pueden mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros o simular una enfermedad. Se puede poner de manifiesto un patrón de impulsividad mediante la incapacidad para planificar el futuro (Criterio A3). Las decisiones se toman sin pensar, sin prevenir nada y sin tener en cuenta las consecuencias para uno mismo o para los demás, lo que puede ocasionar cambios repentinos de trabajo, de lugar de residencia o de amistades. Los sujetos con un trastorno antisocial de la personalidad tienden a ser irritables y agresivos y pueden tener peleas físicas repetidas o cometer actos de agresión (incluidos los malos tratos al cónyuge o a los niños) (Criterio A4). Los actos agresivos necesarios para defenderse a uno mismo o a otra persona no se consideran indicadores de este ítem. Estos individuos también muestran una despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás (Criterio A5). Esto puede demostrarse en su forma de conducir (repetidos excesos de velocidad, conducir estando intoxicado, accidentes múltiples). Pueden involucrarse en comportamientos sexuales o consumo de sustancias que tengan un alto riesgo de producir consecuencias perjudiciales. Pueden descuidar o abandonar el cuidado de un niño de forma que puede poner a ese niño en peligro.

Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad también tienden a ser continua y extremadamente irresponsables (Criterio A6). El comportamiento irresponsable en el trabajo puede indicarse por períodos significativos de desempleo aun teniendo oportunidades de trabajar, o por el abandono de varios trabajos sin tener planes realistas para conseguir otro trabajo. También puede haber un patrón de absentismo no explicado por enfermedad del individuo o de un familiar. La irresponsabilidad económica viene indicada por actos como morosidad en las deudas y falta de

mantenimiento de los hijos o de otras personas que dependen de ellos de forma habitual. Los individuos con trastorno antisocial de la personalidad tienen pocos remordimientos por las consecuencias de sus actos (Criterio A7). Pueden ser indiferentes o dar justificaciones superficiales por haber ofendido, maltratado o robado a alguien (p. ej., «la vida es dura», «el que es perdedor es porque lo merece» o «de todas formas le hubiese ocurrido»). Estas personas pueden culpar a las víctimas por ser tontos, débiles o por merecer su mala suerte, pueden minimizar las consecuencias desagradables de sus actos o, simplemente, mostrar una completa indiferencia. En general, no dan ninguna compensación ni resarcan a nadie por su comportamiento. Pueden pensar que todo el mundo se esfuerza por «servir al número uno» y que uno no debe detenerse ante nada para evitar que le intimiden.

El comportamiento antisocial no debe aparecer exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o de un episodio maníaco (Criterio D).

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad frecuentemente carecen de empatía y tienden a ser insensibles, cínicos y a menospreciar los sentimientos, derechos y penalidades de los demás. Pueden tener un concepto de sí mismos engreído y arrogante (pensar que el trabajo normal no está a su altura, o no tener una preocupación realista por sus problemas actuales o futuros) y pueden ser excesivamente tercos, autosuficientes o fanfarrones. Pueden mostrar labia y encanto superficial y ser muy volubles y de verbo fácil (p. ej., utilizan términos técnicos o una jerga que puede impresionar a alguien que no esté familiarizado con el tema). La falta de empatía, el engreimiento y el encanto superficial son características que normalmente han sido incluidas en las concepciones tradicionales de la psicopatía y pueden ser especialmente distintivos del trastorno antisocial de la personalidad en el medio carcelario o forense, en el que los actos delictivos, de delincuencia o agresivos probablemente son inespecíficos. Estos sujetos también pueden ser irresponsables y explotadores en sus relaciones sexuales. Pueden tener una historia de muchos acompañantes sexuales y no haber tenido nunca una relación monógama duradera. Pueden ser irresponsables como padres, como lo demuestra la malnutrición de un hijo, una enfermedad de un hijo a consecuencia de una falta de higiene mínima, el que la alimentación o el amparo de un hijo dependa de vecinos o familiares, el no procurar que alguna persona cuide del niño pequeño cuando el sujeto está fuera de casa o el derroche reiterado del dinero que se requiere para las necesidades domésticas. Estos individuos pueden ser expulsados del ejército, pueden no ser autosuficientes, empobrecerse e incluso llegar a vivir en la calle o pueden pasar muchos años en prisión. Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad tienen más probabilidades que la población general de morir prematuramente por causas violentas (p. ej., suicidio, accidentes y homicidios).

Estos individuos también pueden experimentar disforia, incluidas quejas de tensión, incapacidad para tolerar el aburrimiento y estado de ánimo depresivo. Pueden presentar de forma asociada trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos relacionados con sustancias, trastorno de somatización, juego patológico y otros trastornos del control de los impulsos. Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad también tienen frecuentemente rasgos de personalidad que cumplen los criterios para otros trastornos de la personalidad, en especial los trastornos límite, histriónico y narcisista. Las probabilidades de desarrollar un trastorno antisocial de la personalidad en la vida adulta aumentan si el sujeto presenta un trastorno temprano disocial (antes de los 10 años) y un trastorno por déficit de atención con hiperactividad asociado. El maltrato o el abandono en la infancia, el comportamiento inestable o variable de los padres o la inconsistencia en la disciplina por parte de los padres aumentan las probabilidades de que un trastorno disocial evolucione hasta un trastorno antisocial de la personalidad.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El trastorno antisocial de la personalidad se presenta asociado a un bajo *status* socioeconómico y al medio urbano. Se ha llamado la atención acerca de que, a veces, el diagnóstico puede ser aplicado erróneamente a sujetos de un medio en el que un comportamiento del tipo del antisocial forma parte de una estrategia protectora de supervivencia. Al evaluar los rasgos antisociales, al clínico le será útil tener en cuenta el contexto social y económico en el que ocurren estos comportamientos.

Por definición, la personalidad antisocial no se puede diagnosticar antes de los 18 años. El trastorno antisocial de la personalidad es mucho más frecuente en los varones que en las mujeres. Ha habido un cierto interés en considerar si el trastorno antisocial de la personalidad podría infra-diagnosticarse en las mujeres, sobre todo por el hecho de que en la definición del trastorno disocial se insiste de manera especial en los ítems de agresividad.

Prevalencia

La prevalencia total del trastorno antisocial de la personalidad en las muestras de población general es aproximadamente del 3 % en los varones y del 1 % en las mujeres. Las estimaciones de la prevalencia en poblaciones clínicas han variado entre el 3 y el 30 %, dependiendo de las características predominantes de las muestras. En los lugares de tratamiento de abuso de sustancias y en la cárcel o en el marco forense, se han encontrado cifras de prevalencia incluso más elevadas.

Curso

El trastorno antisocial de la personalidad tiene un curso crónico, pero puede hacerse menos manifiesto o remitir a medida que el sujeto se va haciendo mayor, especialmente hacia la cuarta década de la vida. Si bien esta remisión suele ser más clara por lo que respecta a involucrarse en comportamientos delictivos, es probable que se produzca un descenso en el espectro completo de comportamientos antisociales y de consumo de sustancias.

Patrón familiar

El trastorno antisocial de la personalidad es más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población general. El riesgo de los parientes biológicos de las mujeres con el trastorno tiende a ser superior al riesgo de los parientes biológicos de los varones con el trastorno. Los parientes biológicos de las personas con este trastorno también tienen un mayor riesgo de presentar trastorno de somatización y trastornos relacionados con sustancias. En una familia que tiene un miembro con un trastorno antisocial de la personalidad, los varones suelen presentar más trastorno antisocial de la personalidad y trastornos relacionados con sustancias, en tanto que las mujeres presentan más a menudo trastornos de somatización. Sin embargo, en estas familias hay un aumento de la prevalencia de todos estos trastornos tanto en varones como en mujeres, en comparación con la población general. Los estudios de adopción indican que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen al riesgo para este grupo de trastornos. Los hijos adoptivos y los biológicos de padres con trastorno antisocial de la personalidad tienen un riesgo elevado de presentar trastorno antisocial de la personalidad, trastorno de somatización y trastornos relacionados con sustancias. Los niños adoptados se parecen a sus padres biológicos más que a sus padres adoptivos, aunque el entorno de la familia de adopción influye en el riesgo de presentar un trastorno de la personalidad y la psicopatología relacionada.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad no se establece en sujetos cuya edad sea menor de 18 años y sólo se establece si hay historia de algunos síntomas de trastorno disocial antes de los 15 años. En las personas mayores de 18 años sólo se realiza el diagnóstico de trastorno disocial si no se cumplen los criterios para el trastorno antisocial de la personalidad.

Cuando el trastorno antisocial de la personalidad en un adulto está asociado a un **trastorno relacionado con sustancias**, no se establece el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad a no ser que los signos del trastorno antisocial de la personalidad también hayan aparecido en la infancia y hayan continuado hasta la edad adulta. Cuando el consumo de sustancias y el comportamiento antisocial hayan empezado en la infancia y continúen en la edad adulta, se diagnosticarán tanto trastorno relacionado con sustancias como trastorno antisocial de la personalidad, siempre que se cumplan los criterios para ambos trastornos, aunque algunos actos antisociales sean consecuencia del trastorno relacionado con sustancias (p. ej., venta ilegal de drogas o robos con el fin de obtener dinero para drogas). El comportamiento antisocial que sólo aparece en el transcurso de una **esquizofrenia** o un **episodio maniaco** no debe diagnosticarse como trastorno antisocial de la personalidad.

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno antisocial de la personalidad porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias de sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo presenta rasgos de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno antisocial de la personalidad, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad y **trastorno narcisista de la personalidad** comparten la tendencia a ser duros, poco sinceros, superficiales, explotadores y poco empáticos. Sin embargo, el trastorno narcisista de la personalidad no incluye las características de impulsividad, agresión y engaño. Además, los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad pueden no estar tan necesitados de despertar admiración y envidia en los demás, y las personas con trastorno narcisista de la personalidad no suelen tener historia de trastorno disocial en la infancia o de comportamiento delictivo en la edad adulta. Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad y con **trastorno histriónico de la personalidad** comparten una tendencia a ser impulsivos, superficiales, buscadores de sensaciones, imprudentes, seductores y manipuladores, pero las personas con trastorno histriónico de la personalidad tienden a ser más exageradas en sus emociones y no se suelen involucrar en comportamientos antisociales. Los sujetos con trastornos histriónico y **límite** de la personalidad son manipuladores para obtener atención, mientras que los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad son manipuladores para sacar un provecho, lograr poder u otra gratificación material. Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad tienden a ser menos inestables emocionalmente y más agresivos que los que presentan un trastorno límite de la personalidad. Aunque el comportamiento antisocial puede aparecer en algunos sujetos con **trastorno paranoide de la personalidad**, no acostumbra a estar motivado por el deseo de una ganancia personal o de explotación de los demás como en el trastorno antisocial de la personalidad, sino que más bien suele ser debido a un deseo de venganza.

El trastorno antisocial de la personalidad se ha de diferenciar del comportamiento delictivo llevado a cabo para obtener un beneficio, que no va acompañado de los rasgos característicos de este trastorno. El **comportamiento antisocial del adulto** (expuesto en la sección «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica», pág. 699) puede utilizarse para describir el comportamiento delictivo, agresivo u otros comportamientos antisociales que llegan a la clínica, pero que no cumplen todos los criterios para el trastorno antisocial de la personalidad. Los rasgos de personalidad antisocial sólo constituyen un trastorno antisocial de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. A diferencia del DSM-IV, la CIE-10 no requiere la presencia de síntomas de trastorno comportamental en la infancia. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno disocial de la personalidad.

■ Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad [301.7]

- A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:
- (1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
 - (2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
 - (3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
 - (4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
 - (5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
 - (6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
 - (7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros
- B. El sujeto tiene al menos 18 años.
- C. Existen pruebas de un trastorno disocial (v. pág. 94) que comienza antes de la edad de 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

F60.31 Trastorno límite de la personalidad [301.83]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con un trastorno límite de la personalidad realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado (Criterio 1). La percepción de una inminente separación o rechazo,

o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento. Estos sujetos son muy sensibles a las circunstancias ambientales. Experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada incluso ante una separación que en realidad es por un tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes (p. ej., reacción de desesperación brusca cuando el clínico les anuncia el final de su tiempo de visita, angustia o enfurecimiento cuando alguien importante para ellos se retrasa aunque sea sólo unos minutos o cuando tiene que cancelar su cita). Pueden creer que este «abandono» implica el ser «malos». Estos temores a ser abandonados están relacionados con la intolerancia a estar solos y a la necesidad de estar acompañados de otras personas. Sus frenéticos esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como los comportamientos de automutilación o suicidas, que se describen separadamente en el Criterio 5.

Los individuos con un trastorno límite de la personalidad presentan un patrón de relaciones inestables e intensas (Criterio 2). Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a sus amantes las primeras veces que se tratan, pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto los detalles más íntimos. Sin embargo, cambian rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no «están» lo suficiente. Estos sujetos pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, pero sólo con la expectativa de que la otra persona «esté allí» para corresponderles satisfaciendo sus propias necesidades o demandas. Son propensos asimismo a los cambios dramáticos en su opinión sobre los demás, que pueden ser vistos alternativamente como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos. Tales cambios suelen reflejar la desilusión con alguna de las personas que se ocupa de ellos y cuyas cualidades positivas han sido idealizadas o de quien se espera el rechazo o abandono.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo (Criterio 3). Se presentan cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales. Pueden producirse cambios bruscos de las opiniones y los planes sobre el futuro de los estudios, la identidad sexual, la escala de valores y el tipo de amistades. Estos sujetos pueden cambiar bruscamente desde el papel de suplicar la necesidad de ayuda hasta el de vengador justiciero de una afrenta ya pasada. Si bien lo habitual es que su autoimagen esté basada en ser perverso o desgraciado, a veces los individuos con este trastorno tienen también el sentimiento de que no existen en absoluto. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el sujeto percibe una falta de relaciones significativas, de ayuda y de apoyo. Estos sujetos pueden presentar un mal rendimiento laboral o escolar.

Las personas con este trastorno demuestran impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos (Criterio 4). Pueden apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente. Los sujetos con trastorno límite de la personalidad presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación (Criterio 5). El suicidio consumado se observa en un 8-10 % de estos sujetos y los actos de automutilación (cortarse o quemarse) y las amenazas e intentos suicidas son muy frecuentes. El intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por los que estos sujetos acuden a tratamiento. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona un alivio por el hecho de reafirmarles en su capacidad para sentir o por servirles de expiación de su sentimiento de maldad.

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden presentar una inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que normalmente dura sólo unas horas y que es raro que llegue a persistir durante días) (Criterio 6). El estado de ánimo básico de tipo disfórico de los sujetos con un trastorno límite de la personalidad suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desespera-

ción, y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. Estos episodios pueden reflejar la extremada reactividad de estos individuos al estrés interpersonal. Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden estar atormentados por sentimientos crónicos de vacío (Criterio 7). Se aburren con facilidad y están buscando siempre algo que hacer. Es frecuente que los sujetos con trastorno límite de la personalidad expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlar la ira (Criterio 8). Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales. Frecuentemente, la ira es desencadenada cuando consideran a una de las personas que se ocupa de ellos o a un amante negligente, represor, despreocupado o que le abandona. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos. Durante períodos de estrés extremo, se pueden presentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización) (Criterio 9), pero generalmente éstos son de duración e intensidad insuficientes para merecer un diagnóstico adicional. Lo más habitual es que estos episodios ocurran como respuesta a un abandono real o imaginado. Los síntomas tienden a ser pasajeros y duran entre minutos y horas. Con la vuelta real o percibida de la ayuda de la persona que se ocupa de ellos puede producirse la remisión de los síntomas.

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad pueden presentar un patrón de infravaloración de sí mismos en el momento en que están a punto de lograr un objetivo (p. ej., dejar los estudios justo antes de graduarse, presentar una grave regresión después de haber estado hablando de los progresos de la terapia, destruir una buena relación en el momento en que parece claro que la relación podía tener continuidad). Algunos sujetos presentan síntomas similares a los psicóticos (p. ej., alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de autorreferencia y fenómenos hipnagógicos) durante los períodos de estrés. Los sujetos con este trastorno se pueden sentir más seguros con objetos transitorios (p. ej., un animal doméstico o propiedades inanimadas) que con las relaciones interpersonales. La muerte prematura por suicidio se puede producir en los sujetos con este trastorno, especialmente en quienes concurre un trastorno del estado de ánimo o un trastorno relacionado con sustancias. Como resultado del comportamiento de autoinflingirse malos tratos o por los intentos de suicidio fallidos, se puede producir alguna minusvalía física. Son frecuentes las pérdidas repetidas de trabajo, las interrupciones de los estudios y las rupturas matrimoniales. En las historias de la infancia de los sujetos con trastorno límite de la personalidad son frecuentes los malos tratos físicos y sexuales, la negligencia en su cuidado, los conflictos hostiles y la pérdida temprana o la separación parental. Los trastornos del Eje I que se presentan simultáneamente con más frecuencia son los trastornos del estado de ánimo, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la bulimia), el trastorno por estrés postraumático y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. El trastorno límite de la personalidad también se da con frecuencia en simultaneidad con otros trastornos de la personalidad.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El patrón de comportamiento que se observa en el trastorno límite de la personalidad ha sido identificado en muchas partes del mundo. Los adolescentes y los adultos jóvenes con problemas de identidad (especialmente cuando se acompañan de consumo de sustancias) pueden mostrar comportamientos pasajeros que dan la impresión errónea de ser un trastorno límite de la personalidad. Estos casos están caracterizados por la inestabilidad emocional, los dilemas «existenciales», la incertidumbre, la ansiedad provocada por las decisiones que hay que tomar, los conflictos en la

orientación sexual y las presiones sociales contradictorias para elegir una profesión. El trastorno límite de la personalidad se diagnostica con preferencia en mujeres (alrededor del 75 %).

Prevalencia

Se estima que la prevalencia del trastorno límite de la personalidad es de alrededor del 2 % de la población general, aproximadamente del 10 % entre los sujetos vistos en los centros ambulatorios de salud mental y en torno al 20 % entre los pacientes psiquiátricos ingresados. En las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad se sitúa entre el 30 y el 60 %.

Curso

Hay una considerable variedad en el curso de los trastornos límite de la personalidad. El patrón más habitual es una inestabilidad crónica en el principio de la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud mental y general. El deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y van desapareciendo gradualmente con la edad. Durante la cuarta y quinta décadas de la vida, la mayoría de los sujetos con este trastorno logran una mayor estabilidad en sus relaciones y su actividad profesional.

Patrón familiar

El trastorno límite de la personalidad es unas cinco veces más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población general. También hay un riesgo familiar aumentado para los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno antisocial de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo.

Diagnóstico diferencial

El trastorno límite de la personalidad suele presentarse asociado a **trastornos del estado de ánimo** y, si se cumplen los criterios para los dos trastornos, deben diagnosticarse ambos. Puesto que la presentación transversal de un trastorno del estado de ánimo puede ser similar a un trastorno límite de la personalidad, el clínico debe evitar efectuar un diagnóstico adicional de trastorno límite de la personalidad basado sólo en la presentación transversal sin haber documentado que el patrón de comportamiento tiene un inicio temprano y un curso prolongado.

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno límite de la personalidad porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno límite de la personalidad, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. Aunque el **trastorno histriónico de la personalidad** también se caracteriza por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulativo y las emociones rápidamente cambiantes, el trastorno límite de la personalidad se diferencia por la autodestructividad, las rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y soledad. Las ideas o las ilusiones paranoides pueden aparecer tanto en el trastorno límite de la personalidad como en el **trastorno esquizotípico de la personalidad**, pero en el trastorno límite estos síntomas son más

pasajeros, interpersonalmente reactivos y en respuesta a estructuras externas. Si bien el **trastorno paranoide de la personalidad** y el **trastorno narcisista de la personalidad** también pueden caracterizarse por una reacción colérica a estímulos menores, la relativa estabilidad de la autoimagen, así como la relativa falta de autodestructividad, impulsividad y las preocupaciones por el abandono, diferencian estos trastornos del trastorno límite de la personalidad. Aunque tanto en el **trastorno antisocial de la personalidad** como en el trastorno límite de la personalidad se dan comportamientos manipulativos, los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad son manipuladores para obtener un provecho, poder u otra gratificación material, mientras que el objetivo en el trastorno límite de la personalidad está más dirigido a lograr el interés de quienes se ocupan de ellos. Tanto el **trastorno de la personalidad por dependencia** como el trastorno límite de la personalidad se caracterizan por el temor al abandono; sin embargo, el sujeto con trastorno límite de la personalidad reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, en tanto que el sujeto con trastorno de la personalidad por dependencia reacciona con un aumento de su mansedumbre y sumisión y busca urgentemente una relación que reemplace la anterior para que le proporcione cuidados y apoyo. Además, el trastorno límite de la personalidad se distingue también del trastorno de la personalidad por dependencia por el típico patrón de relaciones intensas e inestables.

El trastorno límite de la personalidad debe diferenciarse de un **cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica**, en la que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central. También se tiene que distinguir de los **síntomas que pueden aparecer en asociación con el consumo crónico de sustancias** (p. ej., el trastorno relacionado con la cocaína no especificado).

El trastorno límite de la personalidad debe diferenciarse del **problema de identidad** (v. página 700), que está reservado para las preocupaciones sobre la identidad relacionadas con una fase del desarrollo (p. ej., la adolescencia) y no se considera un trastorno mental.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. En la CIE-10, este trastorno está recogido con el nombre de trastorno de la personalidad por inestabilidad emocional, tipo límite.

■ Criterios para el diagnóstico de F60.31 Trastorno límite de la personalidad [301.83]

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. **Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de F60.31 Trastorno límite de la personalidad [301.83] (continuación)

- (2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- (3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
- (4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). **Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5
- (5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
- (6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
- (7) sentimientos crónicos de vacío
- (8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- (9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad [301.50]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno histriónico de la personalidad es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con trastorno histriónico de la personalidad no están cómodos o se sienten despreciados cuando no son el centro de atención (Criterio 1). En general son vivaces y dramáticos y tienden a llamar la atención, pudiendo, al principio, seducir a sus nuevos conocidos por su entusiasmo, por ser aparentemente muy abiertos o por ser seductores. Sin embargo, estas cualidades van atenuándose con el tiempo a medida que estos sujetos demandan continuamente ser el centro de atención. Hacen el papel de ser «el alma de la fiesta». Cuando no son el centro de atención pueden hacer algo dramático (p. ej., inventar historias, hacer un drama) para atraer la atención sobre sí mismos. Esta necesidad suele ser evidente en su comportamiento con el clínico (p. ej., adular, hacer regalos, hacer descripciones dramáticas de los síntomas físicos y psicológicos que son reemplazados por síntomas nuevos a cada visita).

El aspecto y el comportamiento de los individuos con este trastorno suelen ser inapropiadamente provocadores y seductores desde el punto de vista sexual (Criterio 2). Este comportamiento está dirigido no sólo a las personas por las que el sujeto tiene un interés sexual o romántico, sino que se da en una gran variedad de relaciones sociales, laborales y profesionales, más allá de lo que sería adecuado para ese contexto social. La expresión emocional puede ser superficial y rápidamente cambiante (Criterio 3). Los sujetos con este trastorno utilizan permanentemente el as-

pecto físico para llamar la atención (Criterio 4). Se preocupan mucho para impresionar a los demás mediante su aspecto y emplean una cantidad excesiva de energías, tiempo y dinero en vestirse y acicalarse. Parece que «busquen piropos» respecto a su aspecto y pueden trastornarse fácilmente ante un comentario crítico sobre su apariencia o ante una fotografía en la que les parece que no han quedado bien.

Estos sujetos tienen una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices (Criterio 5). Expresan opiniones contundentes con un natural talento dramático, pero los argumentos subyacentes suelen ser vagos y difusos y no se apoyan en hechos ni pormenores. Por ejemplo, un sujeto con trastorno histriónico de la personalidad puede comentar que tal persona es un excelente ser humano, aunque es incapaz de proporcionar ningún ejemplo específico de alguna buena cualidad para apoyar esta afirmación. Las personas con este trastorno se caracterizan por la autodramatización, la teatralidad y una expresión exagerada de la emoción (Criterio 6). Pueden molestar a los amigos y conocidos con sus demostraciones emotivas públicas (p. ej., abrazando con demasiado ardor a gente que conocen poco, sollozando descontroladamente por cuestiones sentimentales menores o con berrinches de mal genio). No obstante, es frecuente que sus emociones parezcan encenderse y apagarse con demasiada rapidez para ser consideradas profundas, lo que puede llevar a los demás a acusar a estos sujetos de fingir tales sentimientos.

Los sujetos con trastorno histriónico de la personalidad son altamente sugestionables (Criterio 7). Sus opiniones y sentimientos son fácilmente influenciados por los demás y por las modas del momento. Pueden llegar a ser incluso demasiado confiados, especialmente respecto a las figuras con una autoridad fuerte, de quienes tienden a pensar que les van a resolver mágicamente sus problemas. Son propensos a tener presentimientos y a adoptar convicciones con rapidez. Los sujetos con este trastorno acostumbran a considerar las relaciones más íntimas de lo que lo son en realidad, describiendo a casi cualquier conocido como «mi querido amigo» o tuteando a los médicos después de haberles visto sólo una o dos veces en circunstancias profesionales (Criterio 8). Son frecuentes las evasiones hacia las fantasías románticas.

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con trastorno histriónico de la personalidad pueden tener dificultades para alcanzar la intimidad emocional en las relaciones románticas o sexuales. Sin ser conscientes de ello, frecuentemente están haciendo un papel (p. ej., de «víctima» o de «princesa») en sus relaciones con los demás. Pueden tratar de ejercer un control sobre su compañero mediante la manipulación emocional o la seducción, por una parte, en tanto que, por otra, demuestran una notable dependencia de él. Los sujetos con este trastorno suelen tener unas relaciones deterioradas con los amigos de su mismo sexo debido a que su estilo interpersonal sexualmente provocativo puede ser visto como una amenaza para las relaciones de aquéllos. Estas personas pueden apartar a los amigos con sus demandas de atención constante. A menudo, se entristecen y se enfadan cuando no son el centro de atención. Buscan la novedad, la estimulación y la excitación, y tienen tendencia a aburrirse con su rutina habitual. Suelen ser poco tolerantes o sentirse frustrados en las situaciones en las que se retrasa la gratificación, y sus actos suelen estar dirigidos a obtener una gratificación inmediata. Si bien es frecuente que empiecen un trabajo o hagan proyectos con mucho entusiasmo, su interés se desvanece rápidamente. Pueden descuidar las relaciones a largo plazo para dedicarse a la excitación de las nuevas relaciones.

No se conoce el riesgo real de suicidio, pero la experiencia clínica sugiere que los individuos con este trastorno tienen un riesgo elevado para los intentos y las amenazas suicidas con el fin de llamar la atención y coaccionar mejor a quienes se ocupan de ellos. El trastorno histriónico de la personalidad se ha asociado a tasas altas de trastorno de somatización, trastorno de conversión y trastorno depresivo mayor. Es frecuente la simultaneidad con los trastornos de la personalidad límite, narcisista, antisocial y por dependencia.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Las normas para el comportamiento interpersonal, la apariencia física y la expresividad emocional varían ampliamente según las culturas, el sexo y los grupos de edad. Antes de considerar los diversos rasgos (p. ej., emotividad, seducción, estilo interpersonal dramático, búsqueda de novedades, sociabilidad, galantería, impresionabilidad y tendencia a la somatización) como indicadores de un trastorno histriónico de la personalidad, es importante evaluar si provocan deterioro o malestar clínicamente significativo. En el marco clínico este trastorno ha sido diagnosticado más frecuentemente en mujeres; sin embargo, la proporción según el sexo no es significativamente diferente a la proporción según el sexo de las mujeres en los respectivos centros clínicos. Por el contrario, algunos estudios que utilizan evaluaciones estructuradas refieren una prevalencia parecida en varones y en mujeres. La expresión comportamental del trastorno histriónico de la personalidad puede estar influida por las estereotipias en el rol sexual. Por ejemplo, un varón con este trastorno puede vestirse y comportarse de una forma que suele identificarse como «a lo macho» y puede tratar de ser el centro de atención alardeando de sus capacidades atléticas, en tanto que una mujer, por ejemplo, puede escoger ropas muy femeninas y hablar sobre lo mucho que ha impresionado a su profesor de danza.

Prevalencia

Los datos limitados que proporcionan los estudios en la población general sugieren una prevalencia del trastorno histriónico de la personalidad aproximadamente del 2-3 %. Utilizando evaluaciones estructuradas, se han señalado tasas del 10-15 % en centros de salud mental tanto hospitalarios como ambulatorios.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno histriónico de la personalidad porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno histriónico de la personalidad, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. Aunque el **trastorno límite de la personalidad** también se puede caracterizar por la búsqueda de atención, el comportamiento manipulativo y las emociones rápidamente cambiantes, se diferencia por la autodestructividad, las rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y alteración de la identidad. Los sujetos con **trastorno antisocial de la personalidad** y los sujetos con trastorno histriónico de la personalidad comparten la tendencia a ser impulsivos, superficiales, buscadores de sensaciones, temerarios, seductores y manipuladores, pero las personas con trastorno histriónico de la personalidad tienden a ser más exagerados en sus emociones y no es característico de ellos implicarse en comportamientos antisociales. Los sujetos con trastorno histriónico de la personalidad son manipuladores para lograr que les mimen, mientras que las personas con trastorno antisocial de la personalidad son manipuladoras para sacar un provecho o para obtener poder u otra gratificación material. Aunque los sujetos con un **trastorno narcisista de la personalidad** también buscan con afán la atención de los demás, normalmente desean ser halagados por su «superioridad», mientras que el individuo con trastorno histriónico de la personalidad espera ser visto como frágil o dependiente siempre que esto pueda ser instrumental para lograr atención. Los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad pueden exagerar la intimidad de sus relaciones con la demás gente, pero son más propensos a poner énfasis en el *status* «VIP» o en la riqueza de sus amigos. En el **trastorno de la personalidad por dependencia**, la persona es excesivamente dependiente de los demás.

vamente dependiente de los elogios y consejos de los demás, pero sin las características extravagantes, exageradas y emocionales del trastorno histriónico de la personalidad.

El trastorno histriónico de la personalidad tiene que diferenciarse de un **cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica**, en la que los rasgos surgen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central. También se tiene que distinguir de los **síntomas que se pueden presentar en asociación con el consumo crónico de sustancias** (p. ej., el trastorno relacionado con la cocaína no especificado).

Muchos individuos muestran rasgos histriónicos de la personalidad. Estos rasgos sólo constituyen un trastorno histriónico de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV para el trastorno histriónico de la personalidad son idénticos en líneas generales, excepto en que la CIE-10 contiene un síntoma menos (esto es, conversación vaga), y, de igual forma, el umbral exigido también es de un síntoma menos.

■ Criterios para el diagnóstico de F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad [301.50]

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención
- (2) la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador
- (3) muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante
- (4) utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo
- (5) tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices
- (6) muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional
- (7) es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias
- (8) considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad

F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad [301.81]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno narcisista de la personalidad es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que empieza al comienzo de la edad adulta y que se da en diversos contextos.

Los sujetos con este trastorno tienen un sentido grandioso de autoimportancia (Criterio 1). Es habitual en ellos el sobrevalorar sus capacidades y exagerar sus conocimientos y cualidades, con lo que frecuentemente dan la impresión de ser jactanciosos y presuntuosos. Pueden asumir alegremente el que otros otorguen un valor exagerado a sus actos y sorprenderse cuando no reciben las alabanzas que esperan y que creen merecer. Es frecuente que de forma implícita en la exageración de sus logros se dé una infravaloración (devaluación) de la contribución de los demás. A menudo están preocupados por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios (Criterio 2). Pueden entregarse a rumiaciones sobre la admiración y los privilegios que «hace tiempo que les deben» y compararse favorablemente con gente famosa o privilegiada.

Los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad creen que son superiores, especiales o únicos y esperan que los demás les reconozcan como tales (Criterio 3). Piensan que sólo les pueden comprender o sólo pueden relacionarse con otras personas que son especiales o de alto *status* y atribuyen a aquellos con quienes tienen relación las cualidades de ser «únicos», «perfectos» o de tener «talento». Los sujetos con este trastorno creen que sus necesidades son especiales y fuera del alcance de la gente corriente. Su propia autoestima está aumentada (por reflejo) por el valor idealizado que asignan a aquellos con quienes se relacionan. Es probable que insistan en que sólo quieren a la persona «más importante» (médico, abogado, peluquero, profesor) o pertenecer a las «mejores» instituciones, pero pueden devaluar las credenciales de quienes les contrarían.

Generalmente, los sujetos con este trastorno demandan una admiración excesiva (Criterio 4). Su autoestima es casi siempre muy frágil. Pueden estar preocupados por si están haciendo las cosas suficientemente bien y por cómo son vistos por los demás. Esto suele manifestarse por una necesidad constante de atención y admiración. Esperan que su llegada sea recibida con un toque de fanfarrias y se sorprenden si los demás no envidian lo que ellos poseen. Intentan recibir halagos constantemente, desplegando un gran encanto. Las pretensiones de estos sujetos se demuestran en las expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial (Criterio 5). Esperan ser atendidos y están confundidos o furiosos si esto no sucede. Por ejemplo, pueden asumir que ellos no tienen por qué hacer cola y que sus prioridades son tan importantes que los demás deberían ser condescendientes con ellos, por lo que se irritan si los otros no les ayudan en su trabajo «que es tan importante». Esta pretenciosidad, combinada con la falta de sensibilidad para los deseos y necesidades de los demás, puede acarrear la explotación consciente o inconsciente del prójimo (Criterio 6). Esperan que se les dé todo lo que deseen o crean necesitar, sin importarles lo que les pueda representar a los demás. Por ejemplo, estos sujetos pueden esperar una gran dedicación por parte de los demás y pueden hacerles trabajar en exceso sin tener en cuenta el impacto que esto pueda tener en sus vidas. Tienden a hacer amistades o a tener relaciones románticas sólo si la otra persona parece dispuesta a plegarse a sus designios o a hacerle mejorar de alguna forma su autoestima. Con frecuencia usurpan privilegios especiales y recursos extras que piensan que merecen por ser tan especiales.

Generalmente, los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad carecen de empatía y tienen dificultades para reconocer los deseos, las experiencias subjetivas y los sentimientos de los demás (Criterio 7). Pueden asumir que los otros están totalmente interesados en su bienestar. Tienden a hablar de sus propios intereses con una extensión y un detalle inadecuados, en tanto que no consiguen darse cuenta de que los demás tienen sentimientos y necesidades. A menudo son desdenosos e impacientes con los demás cuando éstos se refieren a sus propios problemas y preocupaciones. Estos individuos pueden ser ajenos al daño que pueden hacer sus comentarios (p. ej., explicar con gran alegría a un antiguo amante que «ahora tengo una relación para toda la vida» o presumir de salud delante de alguien que se encuentra enfermo). Cuando se reconocen las necesidades, los deseos o los sentimientos de los demás, es probable que sean vistos con menosprecio como signos de debilidad o vulnerabilidad. Quienes se relacionan con sujetos con un trastorno narcisista de la personalidad es típico que lleguen a una frialdad emocional y una falta de interés recíproco.

Estos sujetos suelen envidiar a los demás o creen que los demás les envidian a ellos (Criterio 8). Pueden envidiar los éxitos y las propiedades ajenas, creyendo que ellos son más merecedores de aquellos logros, admiración o privilegios. Pueden devaluar con acritud las aportaciones de los demás, en especial cuando aquellos sujetos han recibido el reconocimiento o las alabanzas por sus méritos. Los comportamientos arrogantes y soberbios caracterizan a estas personas. Frecuentemente presentan actitudes *snoobs*, desdenosas o altivas (Criterio 9). Por ejemplo, un individuo con este trastorno puede quejarse de la «tosquedad» o la «estupidez» de un camarero o acabar una evaluación médica con una valoración condescendiente del médico.

Síntomas y trastornos asociados

La vulnerabilidad de la autoestima hace al sujeto con trastorno narcisista de la personalidad muy sensible al «ultraje» de la crítica o la frustración. Aunque tal vez no lo demuestren abiertamente, las críticas pueden obsesionar a estos sujetos y hacer que se sientan humillados, degradados, hundidos y vacíos. Pueden reaccionar con desdén, rabia o contraatacando de forma desafiante. Estas experiencias suelen conducir al retraimiento social o a una apariencia de humildad que puede enmascarar y proteger la grandiosidad. Las relaciones interpersonales están típicamente deterioradas debido a los problemas derivados de su pretenciosidad, necesidad de admiración y de la relativa falta de interés por la sensibilidad de los demás. Aunque la ambición y la confianza en ocasiones dan lugar a logros importantes, el rendimiento puede estar trastornado por la intolerancia a las críticas y las frustraciones. Algunas veces el rendimiento profesional es muy bajo, reflejando una renuncia a asumir un riesgo en la competición o en otras circunstancias en las que es posible la frustración. Sentimientos persistentes de vergüenza o humillación y la autocrítica inherente pueden estar asociados a retraimiento social, estado de ánimo depresivo y trastorno depresivo mayor o distímico. Por el contrario, los períodos persistentes de grandiosidad pueden ir asociados a un estado de ánimo hipomaniaco. El trastorno narcisista de la personalidad se asocia también con la anorexia nerviosa y los trastornos relacionados con sustancias (especialmente los relacionados con la cocaína). Los trastornos de la personalidad histriónico, límite, antisocial y paranoide pueden asociarse con el trastorno narcisista de la personalidad.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

Los rasgos narcisistas son especialmente frecuentes en adolescentes y no indican necesariamente que el sujeto vaya a presentar en el futuro trastorno narcisista de la personalidad. Los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad pueden tener dificultades especiales para adaptarse cuando se producen las limitaciones físicas y laborales inherentes al proceso de envejecimiento. El 50-70 % de los sujetos que reciben el diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad son varones.

Prevalencia

Las estimaciones de la prevalencia del trastorno narcisista de la personalidad oscilan entre el 2 y el 16 % en la población clínica y son menos del 1 % en la población general.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno narcisista de la personalidad porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir en-

tre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno narcisista de la personalidad, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. La característica más útil para discriminar entre el trastorno narcisista de la personalidad y los **trastornos de la personalidad histriónico, antisocial y límite** (cuyos estilos de interacción son respectivamente la coquetería, la insensibilidad y la pobreza personal) es la grandiosidad típica del trastorno narcisista de la personalidad. La estabilidad relativa de la autoimagen, así como la relativa falta de autodestructividad, impulsividad y preocupaciones de abandono, también ayudan a distinguir el trastorno narcisista de la personalidad del trastorno límite de la personalidad. El orgullo excesivo por los logros, una falta relativa de demostraciones emocionales y el desdén por las sensibilidades ajenas ayudan a distinguir el trastorno narcisista de la personalidad del trastorno histriónico de la personalidad. Aunque los sujetos con trastornos de la personalidad límite, histriónico y narcisista pueden exigir mucha atención, los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad necesitan que la atención sea específicamente del tipo de la admiración. Los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad y con trastorno narcisista de la personalidad pueden compartir una tendencia a ser duros, poco sinceros, superficiales, explotadores y poco empáticos. Sin embargo, el trastorno narcisista de la personalidad no incluye necesariamente las características de impulsividad, agresión y engaño. Además, los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad pueden no estar tan necesitados de despertar admiración y envidia en los demás, y las personas con trastorno narcisista de la personalidad no suelen tener una historia de trastorno disocial en la infancia o de comportamiento delictivo en la edad adulta. Tanto en el trastorno narcisista de la personalidad como en el **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad**, el individuo puede entregarse al perfeccionismo y creer que los demás no pueden hacer bien las cosas. En contraste con la autocrítica que acompaña a los que presentan trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad son más propensos a creer que han alcanzado la perfección. La suspicacia y el retraimiento social acostumbran a diferenciar a los sujetos con **trastorno esquizotípico o paranoide de la personalidad** de los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad. Cuando estas cualidades aparecen en un sujeto con trastorno narcisista de la personalidad, derivan principalmente del temor a que se demuestren sus imperfecciones o defectos. La grandiosidad puede surgir como parte de un **episodio maníaco o hipomaníaco**, pero esta asociación con el cambio del estado de ánimo o el deterioro funcional ayuda a distinguir estos episodios del trastorno narcisista de la personalidad.

El trastorno narcisista de la personalidad tiene que diferenciarse de un **cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica**, en la que los rasgos surgen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central. También se tiene que distinguir de los **síntomas que pueden aparecer en asociación con el consumo crónico de sustancias** (p. ej., el trastorno relacionado con la cocaína no especificado).

Muchos individuos que han conseguido éxito y prosperidad demuestran rasgos de personalidad que pueden considerarse narcisistas. Estos rasgos sólo constituyen un trastorno narcisista de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 recogen los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno narcisista de la personalidad en el Anexo 1, «Criterios diagnósticos provisionales para algunos trastornos».

■ Criterios para el diagnóstico de F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad [301.81]

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados)
- (2) está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios
- (3) cree que es «especial» y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto *status*
- (4) exige una admiración excesiva
- (5) es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas
- (6) es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas
- (7) carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás
- (8) frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él
- (9) presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios

Trastornos de la personalidad del grupo C

F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación [301.82]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad por evitación es un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienzan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por evitación evitan trabajos o actividades escolares que impliquen un contacto interpersonal importante, porque tienen miedo de las críticas, la desaprobación o el rechazo (Criterio 1). Pueden declinar las ofertas de promoción laboral debido a que las nuevas responsabilidades ocasionarían críticas de los compañeros. Estos individuos evitan hacer nuevos amigos a no ser que estén seguros de que van a ser apreciados y aceptados sin críticas (Criterio 2). Hasta que no superan pruebas muy exigentes que demuestren lo contrario, se considera que los demás son críticos y les rechazan. Las personas con este trastorno no participan

en actividades de grupo a no ser que reciban ofertas repetidas y generosas de apoyo y protección. La intimidad personal suele ser difícil para ellos, aunque son capaces de establecer relaciones íntimas cuando hay seguridad de una aceptación acrítica. Pueden actuar con represión, tener dificultades para hablar de sí mismos y tener sentimientos íntimos de temor a ser comprometidos, ridiculizados o avergonzados (Criterio 3).

Los sujetos con este trastorno, puesto que les preocupa la posibilidad de ser criticados o rechazados en las situaciones sociales, tienen el umbral para detectar estas reacciones exageradamente bajo (Criterio 4). Pueden sentirse extremadamente ofendidos si alguien se muestra crítico o incluso levemente en contra. Tienden a ser tímidos, callados, inhibidos e «invisibles» por temor a que la atención vaya a comportar la humillación o el rechazo. Piensan que digan lo que digan los demás lo van a encontrar «equivocado» y que, por tanto, es mejor no decir nada. Reaccionan mal a las bromas sutiles que son sugerentes de ridículo o burla. A pesar de sus ansias de participación activa en la vida social, temen poner su bienestar en manos de los demás. Los sujetos con trastorno de la personalidad por evitación están inhibidos en las situaciones interpersonales nuevas porque se sienten inferiores y tienen una baja autoestima (Criterio 5). Las dudas respecto a su aptitud social y su interés personal se hacen especialmente manifiestas en las situaciones que implican interacciones con extraños. Estos sujetos se creen a sí mismos socialmente ineptos, personalmente poco interesantes o inferiores a los demás (Criterio 6). Normalmente son reacios a asumir riesgos personales o a involucrarse en nuevas actividades, ya que esto puede ponerles en aprietos (Criterio 7). Son propensos a exagerar el peligro potencial de las situaciones ordinarias, y de su necesidad de certeza y seguridad puede surgir un estilo de vida restrictivo. Los sujetos con este trastorno son capaces de anular una entrevista laboral por temor a encontrarse en aprietos por no vestir adecuadamente. Los síntomas somáticos secundarios u otros problemas pueden ser una razón suficiente para evitar nuevas actividades.

Síntomas y trastornos asociados

Los individuos con trastorno de la personalidad por evitación suelen evaluar atentamente los movimientos y expresiones de aquellos con quienes tienen contacto. Sus temores y su comportamiento tenso pueden provocar la ridiculización y la burla de los demás, lo que a su vez confirma sus dudas sobre sí mismos. Sienten mucha ansiedad ante la posibilidad de reaccionar a las críticas sonrojándose o llorando. Los demás les describen como «vergonzados», «tímidos», «solitarios» y «aislados». Los mayores problemas asociados a este trastorno se presentan en la actividad social y laboral. La baja autoestima y la hipersensibilidad al rechazo están asociadas a la restricción de contactos interpersonales. Estos sujetos llegan a estar relativamente aislados y normalmente no tienen una gran red de apoyo social que les ayude en los momentos de crisis. Desean afecto y aceptación y pueden tener fantasías sobre relaciones idealizadas con otros. Los comportamientos de evitación también afectan adversamente la actividad laboral, porque estas personas tratan de eludir los tipos de situaciones que pueden ser importantes para alcanzar las demandas básicas de trabajo o para promocionarse.

Otros trastornos que normalmente se diagnostican asociados al trastorno de la personalidad por evitación son los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad (especialmente la fobia social de tipo generalizado). El trastorno de la personalidad por evitación se diagnostica a menudo junto con el trastorno de la personalidad por dependencia, porque los sujetos con trastorno de la personalidad por evitación acaban estando muy ligados y siendo muy dependientes de las personas de quienes son amigos. El trastorno de la personalidad por evitación también suele diagnosticarse asociado al trastorno límite de la personalidad y a los trastornos de personalidad del grupo A (p. ej., trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide o esquizotípico).

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Puede haber variaciones en el grado en que diferentes grupos étnicos y culturales contemplan la timidez y la evitación como adecuadas. Además, el comportamiento de evitación puede ser el resultado de los problemas de educación consecuencia de la inmigración. El diagnóstico debe usarse con mucha prudencia en niños y adolescentes para quienes el comportamiento tímido y evitador puede ser apropiado dentro del proceso de desarrollo. El trastorno de la personalidad por evitación parece ser tan frecuente en varones como en mujeres.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de la personalidad por evitación en la población general está entre el 0,5 y el 1 %. El trastorno de la personalidad por evitación se ha descrito en el 10 % de los pacientes ambulatorios vistos en las clínicas de salud mental.

Curso

El comportamiento de evitación suele comenzar en la infancia o la niñez con vergüenza, aislamiento y temor a los extraños y a las situaciones nuevas. Aunque la vergüenza en la niñez sea un precursor habitual del trastorno de la personalidad por evitación, en muchos sujetos tiende a desaparecer gradualmente a medida que se hacen mayores. Por el contrario, los individuos que van a desarrollar trastorno de la personalidad por evitación se vuelven cada vez más vergonzosos y evitadores a lo largo de la adolescencia y el principio de la edad adulta, cuando las relaciones sociales con gente nueva se hacen especialmente importantes. Hay algunas pruebas de que el trastorno de la personalidad por evitación en los adultos tiende a hacerse menos evidente o a remitir con la edad.

Diagnóstico diferencial

Parece existir un notable solapamiento entre el trastorno de la personalidad por evitación y la **fobia social, tipo generalizado**, hasta el punto de que podrían ser conceptualizaciones alternativas del mismo estado o de estados similares. La evitación también es típica tanto del trastorno de la personalidad por evitación como del **trastorno de angustia con agorafobia**, y ambos suelen ser simultáneos. La evitación en el trastorno de angustia con agorafobia empieza de forma característica después del inicio de las crisis de angustia y puede variar en base a su frecuencia e intensidad. Por el contrario, la evitación en el trastorno de la personalidad por evitación tiende a tener un inicio temprano, en ausencia de precipitantes claros, y un curso estable.

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno de la personalidad por evitación porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno de la personalidad por evitación, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. Tanto el trastorno de la personalidad por evitación como el **trastorno de la personalidad por dependencia** se caracterizan por sentimientos de inferioridad, hipersensibilidad a la crítica y necesidad de reafirmación. Aunque la principal preocupación en el trastorno de la personalidad por evitación es la evitación de la humillación y el rechazo, en el trastorno de la personalidad por dependencia es el que se ocupen de uno. Sin embargo, es especialmente frecuente que se asocien el trastorno de la personalidad por evitación y el trastorno de la personalidad por de-

pendencia. Al igual que el trastorno de la personalidad por evitación, el **trastorno esquizoide de la personalidad** y el **trastorno esquizotípico de la personalidad** se caracterizan por el aislamiento social. Sin embargo, los sujetos con trastorno de la personalidad por evitación desean tener relaciones con otros y sufren profundamente por su soledad, mientras que quienes presentan trastorno esquizoide de la personalidad o trastorno esquizotípico de la personalidad pueden estar satisfechos con aquella e incluso preferir el aislamiento social. El **trastorno paranoide de la personalidad** y el trastorno de la personalidad por evitación están caracterizados por la renuncia a confiar en los demás. Sin embargo, en el trastorno de la personalidad por evitación esto se debe más al miedo a encontrarse en un compromiso o a ser considerado inferior que al miedo a las malas intenciones del prójimo.

El trastorno de la personalidad por evitación tiene que diferenciarse de un **cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica**, en la que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central. También hay que distinguirlo de los **síntomas que se pueden presentar en asociación con el consumo crónico de sustancias** (p. ej., el trastorno relacionado con la cocaína no especificado).

Muchos sujetos muestran rasgos de personalidad evitadores. Estos rasgos sólo constituyen trastorno de la personalidad por evitación cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV para el trastorno de la personalidad por evitación son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. En la CIE-10, este trastorno está recogido por el nombre de trastorno ansioso (por evitación) de la personalidad.

■ Criterios para el diagnóstico de F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación [301.82]

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- (1) evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo
- (2) es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar
- (3) demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado
- (4) está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales
- (5) está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad
- (6) se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás
- (7) es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras

F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia [301.6]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad por dependencia es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los comportamientos dependientes y sumisos están destinados a provocar atenciones y surgen de una percepción de uno mismo como incapaz de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia tienen grandes dificultades para tomar las decisiones cotidianas (p. ej., qué color de camisa escoger para ir a trabajar o si llevar paraguas o no), si no cuentan con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás (Criterio 1). Estos individuos tienden a ser pasivos y a permitir que los demás (frecuentemente una única persona) tomen las iniciativas y asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida (Criterio 2). Es típico que los adultos con este trastorno dependan de un progenitor o del cónyuge para decidir dónde deben vivir, qué tipo de trabajo han de tener y de quién tienen que ser amigos. Los adolescentes con este trastorno permitirán que sus padres decidan qué ropa ponerse, con quién tienen que ir, cómo tienen que emplear su tiempo libre y a qué escuela o colegio han de ir. Esta necesidad de que los demás asuman las responsabilidades va más allá de lo que es apropiado para la edad o para la situación en cuanto a pedir ayuda a los demás (p. ej., las necesidades específicas de los niños, las personas mayores y los minusválidos). El trastorno de la personalidad por dependencia puede darse en un sujeto con una enfermedad médica o una incapacidad grave, pero en estos casos la dificultad para asumir responsabilidades debe ir más lejos de lo que normalmente se asocia a esa enfermedad o incapacidad.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia suelen tener dificultades para expresar el desacuerdo con los demás, sobre todo con aquellos de quienes dependen, porque tienen miedo de perder su apoyo o su aprobación (Criterio 3). Estos sujetos se sienten tan incapaces de funcionar solos, que se mostrarán de acuerdo con cosas que piensan que son erróneas antes de arriesgarse a perder la ayuda de aquellos de quienes esperan que les dirijan. No muestran el enfado que sería apropiado con aquellos cuyo apoyo y protección necesitan por temor a contrariarles. El comportamiento no se debe considerar indicador de trastorno de la personalidad por dependencia si las preocupaciones por las consecuencias de expresar el desacuerdo son realistas (p. ej., temores realistas de venganza por parte de un cónyuge agresivo).

A los sujetos con este trastorno les es difícil iniciar proyectos o hacer las cosas con independencia (Criterio 4). Les falta confianza en sí mismos y creen que necesitan ayuda para empezar y llevar a cabo las tareas. Esperarán a que los demás empiecen a hacer las cosas, porque piensan que, por regla general, lo hacen mejor que ellos. Estas personas están convencidas de que son incapaces de funcionar de forma independiente y se ven a sí mismos como ineptos y necesitados de ayuda constante. Sin embargo, pueden funcionar adecuadamente si se les da la seguridad de que alguien más les está supervisando y les aprueba. Pueden tener miedo a hacerse o a parecer más competentes, ya que piensan que esto va a dar lugar a que les abandonen. Puesto que confían en los demás para solucionar sus problemas, frecuentemente no aprenden las habilidades necesarias para la vida independiente, lo que perpetúa la dependencia.

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia pueden ir demasiado lejos llevados por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntarios para tareas desagradables si estos comportamientos les van a proporcionar los cuidados que necesitan (Criterio 5). Están dispuestos a someterse a lo que los demás quieran, aunque las demandas sean irrazonables. Su necesidad de mantener unos vínculos importantes suele comportar

unas relaciones desequilibradas y distorsionadas. Pueden hacer sacrificios extraordinarios o tolerar malos tratos verbales, físicos o sexuales. (Debe tenerse en cuenta que este comportamiento sólo debe considerarse indicador de trastorno de la personalidad por dependencia cuando quede claramente demostrado que el sujeto dispone de otras posibilidades.) Los sujetos con este trastorno se sienten incómodos o desamparados cuando están solos debido a sus temores exagerados a ser incapaces de cuidar de sí mismos (Criterio 6). Pueden ir «pegados» a otros únicamente para evitar estar solos, aun cuando no estén interesados o involucrados en lo que está sucediendo.

Cuando termina una relación importante (p. ej., la ruptura con un amante o la muerte de alguien que se ocupaba de ellos), los individuos con trastorno de la personalidad por dependencia buscan urgentemente otra relación que les proporcione el cuidado y el apoyo que necesitan (Criterio 7). Su creencia de que son incapaces de funcionar en ausencia de una relación estrecha con alguien motiva el que estos sujetos acaben, rápida e indiscriminadamente, ligados a otra persona. Los sujetos con este trastorno suelen estar preocupados por el miedo a que les abandonen y tengan que cuidar de sí mismos (Criterio 8). Se ven a sí mismos tan dependientes del consejo y la ayuda de otra persona importante, que les preocupa ser abandonados por dicha persona aunque no haya fundamento alguno que justifique esos temores. Para ser considerados indicadores de este criterio, los temores deben de ser excesivos y no realistas. Por ejemplo, un anciano con cáncer que se muda a casa de su hijo para que le cuide estaría presentando un comportamiento dependiente que es apropiado dadas las circunstancias de esa persona.

Síntomas y trastornos asociados

Los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia se caracterizan por el pesimismo y la inseguridad en sí mismos, tienden a minimizar sus capacidades y sus valores y pueden referirse constantemente a sí mismos como «estúpidos». Toman las críticas y la desaprobación como pruebas de su inutilidad y pierden la fe en sí mismos. Buscan la sobreprotección y ser dominados por los demás. La actividad laboral puede estar deteriorada si se requiere una iniciativa independiente. Evitan las posiciones de responsabilidad y experimentan ansiedad al enfrentarse a las decisiones a tomar. Las relaciones sociales tienden a limitarse a las pocas personas de quienes el sujeto es dependiente. Puede haber un riesgo elevado de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos. El trastorno de la personalidad por dependencia se asocia frecuentemente a otros trastornos de la personalidad, en especial a los trastornos de la personalidad límite, por evitación e histriónico. Puede predisponer a desarrollar este trastorno el que el sujeto haya presentado una enfermedad médica crónica o un trastorno de ansiedad por separación en la infancia o la adolescencia.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

El grado en que los comportamientos dependientes se consideran adecuados varía sustancialmente según la edad y los grupos socioculturales. La edad y los factores culturales han de ser tenidos en cuenta para evaluar el umbral diagnóstico de cada criterio. El comportamiento dependiente sólo debe considerarse característico del trastorno cuando sea claramente excesivo para las normas culturales del sujeto o refleje preocupaciones no realistas. En algunas sociedades es característico poner énfasis en la pasividad, la cortesía y el trato respetuoso, lo que puede ser malinterpretado como rasgos de trastorno de la personalidad por dependencia. Del mismo modo, la sociedad puede promover o desalentar el comportamiento dependiente de una forma diferente en varones y mujeres. En los niños y adolescentes este diagnóstico debe utilizarse con gran precaución, si es que se utiliza, ya que el comportamiento dependiente puede ser apropiada en el proceso de desarrollo. En

el marco clínico, el trastorno se ha diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres; sin embargo, la proporción según el sexo de este trastorno no es significativamente diferente que la proporción según el sexo de mujeres en el marco clínico. Por otra parte, algunos estudios que han utilizado evaluaciones estructuradas describen unas tasas de prevalencia similares en varones y mujeres.

Prevalencia

El trastorno de la personalidad por dependencia está entre los trastornos de la personalidad encontrados con más frecuencia en las clínicas de salud mental.

Diagnóstico diferencial

El trastorno de la personalidad por dependencia debe diferenciarse de la dependencia que surge como consecuencia de trastornos del Eje I (p. ej., los **trastornos del estado de ánimo**, el **trastorno de angustia** y la **agorafobia**) y como resultado de **enfermedades médicas**. El trastorno de la personalidad por dependencia tiene un inicio temprano, un curso crónico y un patrón de comportamiento que no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del Eje I o el Eje III.

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno de la personalidad por dependencia porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno de la personalidad por dependencia, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. Aunque muchos trastornos de la personalidad se caracterizan por los rasgos de dependencia, el trastorno de la personalidad por dependencia puede distinguirse por el predominio del comportamiento de sumisión, reactiva y de adhesión. Tanto el trastorno de la personalidad por dependencia como el **trastorno límite de la personalidad** se caracterizan por el temor al abandono; sin embargo, el individuo con trastorno límite de la personalidad reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, mientras que el individuo con trastorno de la personalidad por dependencia reacciona con un aumento de la mansedumbre y la sumisión y busca urgentemente una relación de reemplazo que proporcione cuidados y apoyo. Además, el trastorno límite de la personalidad puede distinguirse del trastorno de la personalidad por dependencia por el típico patrón de relaciones inestables e intensas. Los sujetos con **trastorno histriónico de la personalidad**, al igual que los que tienen trastorno de la personalidad por dependencia, experimentan una gran necesidad de reafirmación y aprobación, y pueden parecer infantiles y pegajosos. Sin embargo, a diferencia del trastorno de la personalidad por dependencia, que se caracteriza por la anulación de uno mismo y un comportamiento dócil, el trastorno histriónico de la personalidad se caracteriza por la extravagancia gregaria con demandas activas de atención. Tanto el trastorno de la personalidad por dependencia como el **trastorno de la personalidad por evitación** están caracterizados por sentimientos de inferioridad, hipersensibilidad a las críticas y necesidad de reafirmación; sin embargo, los sujetos con trastorno de la personalidad por evitación tienen un temor tan fuerte a la humillación y al rechazo, que se aíslan hasta que están seguros de ser aceptados. Por el contrario, los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia tienen más bien un patrón de búsqueda y mantenimiento de los contactos con las personas importantes para ellos, que de evitación y alejamiento de las relaciones.

El trastorno de la personalidad por dependencia tiene que diferenciarse de un **cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica**, en la que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central. También se debe distinguir de los **sínto-**

mas que se pueden presentar en asociación con el consumo crónico de sustancias (p. ej., el trastorno relacionado con la cocaína no especificado).

Muchos sujetos muestran rasgos de dependencia de la personalidad. Estos rasgos sólo constituyen un trastorno de la personalidad por dependencia cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV para el trastorno de la personalidad por dependencia son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno.

■ Criterios para el diagnóstico de F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia [301.6]

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás
- (2) necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida
- (3) tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. **Nota:** No se incluyen los temores o la retribución realistas
- (4) tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía)
- (5) va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables
- (6) se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo
- (7) cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita
- (8) está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo

F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad [301.4]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexi-

bilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad intentan mantener la sensación de control mediante una atención esmerada a las reglas, los detalles triviales, los protocolos, las listas, los horarios o las formalidades hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad (Criterio 1). Son excesivamente cuidadosos y propensos a las repeticiones, a prestar una atención extraordinaria a los detalles y a comprobar repetidamente los posibles errores. No son conscientes del hecho de que las demás personas acostumbran a enfadarse por los retrasos y los inconvenientes que derivan de ese comportamiento. Por ejemplo, cuando estos individuos pierden una lista de las cosas que hay que hacer, son capaces de invertir una gran cantidad de tiempo buscándola, en lugar de emplear unos minutos en volver a confeccionarla de memoria y ponerse a hacer las tareas de que se trate. El tiempo se distribuye mal y las tareas más importantes se dejan para el último momento. El perfeccionismo y los altos niveles de rendimiento que se autoimponen causan a estos sujetos una disfunción y un malestar significativos. Pueden estar tan interesados en llevar a cabo con absoluta perfección cualquier detalle de un proyecto, que éste no se acabe nunca (Criterio 2). Por ejemplo, se retrasa la finalización de un informe escrito debido al tiempo que se pierde en reescribirlo repetidas veces hasta que todo quede prácticamente «perfecto». Los objetivos se pierden y los aspectos que no constituyen el objetivo actual de la actividad pueden caer en el desorden.

Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad muestran una dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (Criterio 3). Este comportamiento no está motivado por necesidades económicas. Piensan muy a menudo que no tienen tiempo para tomarse una tarde o un fin de semana para salir o simplemente relajarse. Van posponiendo una actividad placentera, como son unas vacaciones, de manera que nunca la llegan a realizar. Cuando dedican algún tiempo a las actividades de ocio o a las vacaciones, se sienten muy incómodos, a no ser que hayan llevado consigo algo de trabajo, de forma que no estén «perdiendo el tiempo». Puede haber una gran concentración en el trabajo doméstico (p. ej., haciendo limpieza repetidamente, de manera que «hasta se podría comer en el suelo»). Si pasan un tiempo con amigos, es probable que sea en algún tipo de actividad organizada (p. ej., deportes). Se toman las aficiones o las actividades recreativas como tareas serias que exigen una cuidadosa organización y un duro esfuerzo para hacerlas bien. Lo que importa es que la ejecución sea perfecta. Estos sujetos convierten el juego en una tarea estructurada (p. ej., corrigiendo a un niño por no ensartar los aros en los postes en el orden correcto, diciendo a un niño que aún está aprendiendo a andar que conduzca su triciclo en línea recta, convirtiendo un partido de pelota en una pesada «lección»).

Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden ser demasiado tercos, escrupulosos e inflexibles en temas de moral, ética o valores (Criterio 4). Pueden forzarse a sí mismos y a los demás a seguir unos principios morales rígidos y unas normas de comportamiento muy estrictas. También son críticos despiadados de sus propios errores. Los sujetos con este trastorno son rígidamente respetuosos con la autoridad y las normas, e insisten en su cumplimiento al pie de la letra, sin saltarse ninguna norma por circunstancias atenuantes. Por ejemplo, el sujeto no dejaría dinero para llamar por teléfono a un amigo, porque «nadie tiene que pedir ni tomar nada prestado» o porque «sería perjudicial para el carácter de esa persona». Estas características no deben ser explicables por la identificación cultural o religiosa de la persona.

Los sujetos con este trastorno son incapaces de tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental (Criterio 5). Admiten que son como esos animalitos que todo lo guardan. Piensan que el tirar cosas es un despilfarro, porque «nunca se sabe cuando va a necesitar una alguna cosa» y les molesta mucho que alguien trate de desprenderse de algo que ellos han guardado. Sus esposas y compañeros de habitación pueden quejarse de la cantidad de espacio ocupado por ropa vieja, revistas, utensilios rotos y cosas parecidas.

Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad son reacios a delegar tareas o trabajo en otros (Criterio 6). Insisten obstinada e irrazonablemente en que todo se haga a su manera y en que la gente se adapte a su forma de hacer las cosas. Con frecuencia, dan instrucciones muy detalladas sobre cómo se tiene que hacer todo (p. ej., hay una única forma de segar el césped, de lavar los platos o de hacer una caseta para el perro) y se sorprenden e irritan si los demás sugieren otras alternativas posibles. Otras veces rechazarán ofertas de ayuda, aunque sea de una forma programada, porque piensan que nadie más lo puede hacer bien.

Los individuos con este trastorno pueden ser tacaños y avaros, y llevar un nivel de vida muy inferior al que pueden permitirse debido a su creencia de que los gastos tienen que controlarse mucho para prevenir catástrofes futuras (Criterio 7). Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se caracterizan por la rigidez y la obstinación (Criterio 8). Están tan preocupados por hacer las cosas de la única forma correcta, que les cuesta estar de acuerdo con las ideas de nadie más. Estas personas planifican meticulosamente cualquier detalle y son reacios a considerar la posibilidad de un cambio. Puesto que están inmersos en su propia perspectiva, tienen dificultades para acusar recibo de los puntos de vista de los demás. Los amigos y colegas acaban frustrados por esa continua rigidez. Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, aunque reconozcan que el hecho de transigir puede ir en beneficio propio, se negarán a ello obstinadamente, argumentando que se mantienen «por principios».

Síntomas y trastornos asociados

Cuando las normas y los protocolos establecidos no dictan la respuesta correcta, la toma de decisiones se convierte en un proceso de larga duración y a menudo doloroso. Los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad tienen tantas dificultades para decidir qué tareas son prioritarias o cuál es la mejor forma de hacer alguna cosa concreta, que puede ser que nunca empiecen a hacer nada. Tienen tendencia a trastornarse o enfadarse en las situaciones en las que no son capaces de mantener el control de su entorno físico o interpersonal, si bien es típico que la ira no se exprese de manera abierta. Por ejemplo, una persona puede enfadarse si el servicio de un restaurante es malo, pero, en lugar de quejarse a la dirección, meditará sobre cuánto va a dejar de propina. En otras ocasiones, la ira puede expresarse con una indignación justiciera por lo que aparenta ser una cuestión secundaria. Las personas con este trastorno están especialmente atentas a su *status* respecto a las relaciones de dominio-sumisión y muestran una deferencia exagerada a una autoridad a la que respetan y una resistencia exagerada a una autoridad que no respetan.

Los individuos con este trastorno suelen expresar afecto de forma muy controlada o muy ampulosa y se sienten muy incómodos en presencia de otras personas emocionalmente expresivas. Sus relaciones cotidianas son serias y formales, y pueden estar serios en situaciones en que los demás ríen y están contentos (p. ej., al dar la bienvenida a la novia en el aeropuerto). Se contienen cuidadosamente hasta estar seguros de que lo que van a decir es perfecto. Pueden estar preocupados por lo lógico y lo intelectual y ser intolerantes con el comportamiento afectivo de los demás. Es frecuente que les cueste expresar sentimientos de ternura y es raro que hagan halagos. Los sujetos con este trastorno pueden experimentar dificultades y malestar laborales, especialmente al enfrentarse a situaciones nuevas que exijan flexibilidad y transigencia.

Aunque algunos estudios sugieren una asociación con el trastorno obsesivo-compulsivo (incluido en la sección «Trastornos de ansiedad», pág. 428), parece que la mayoría de las personas con un trastorno obsesivo-compulsivo no tienen un patrón de comportamiento que cumpla los criterios para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Muchos de los rasgos del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se solapan con las características de la personalidad «tipo A» (p. ej., hostilidad, competitividad y sensación de urgencia), y estas características pueden darse en la gente con riesgo de sufrir un infarto de miocardio. Puede haber una asociación entre

el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Al evaluar a un sujeto con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, el clínico no debe incluir los comportamientos que reflejan los hábitos, las costumbres o los estilos interpersonales que están culturalmente admitidos por el grupo de referencia del sujeto. Algunas culturas ponen un énfasis especial en el trabajo y la productividad, y los comportamientos resultantes en los miembros de estas sociedades no han de considerarse indicadores de un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. En los estudios sistemáticos parece que se diagnostica el trastorno unas dos veces más en los varones.

Prevalencia

Los estudios que han utilizado evaluaciones sistemáticas sugieren una prevalencia estimada del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad aproximadamente del 1 % en las muestras de población general y del 3-10 % en los individuos que acuden a clínicas de salud mental.

Diagnóstico diferencial

A pesar de la similitud de los nombres, el **trastorno obsesivo-compulsivo** se suele distinguir fácilmente del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad por la presencia de verdaderas obsesiones y compulsiones. Hay que tener en cuenta el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo especialmente cuando la tendencia a acumular objetos sea importante (p. ej., si la acumulación de objetos inútiles representa un peligro de incendio y llega a dificultar a los demás la deambulación por la casa). Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, hay que diagnosticar los dos.

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad porque tienen algunas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, pueden diagnosticarse todos estos trastornos. Los sujetos con **trastorno narcisista de la personalidad** también presentan una inclinación al perfeccionismo y creen que los demás no pueden hacer las cosas tan bien como ellos, pero son más propensos a creer que han alcanzado la perfección, mientras que quienes tienen un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad suelen ser autocríticos. Los sujetos con **trastorno narcisista** o **antisocial de la personalidad** carecen de generosidad, pero se miman a sí mismos, mientras que los que tienen un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad adoptan un estilo avaro en los gastos tanto para ellos mismos como para los demás. Tanto el **trastorno esquizoide de la personalidad** como el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden caracterizarse por una aparente formalidad y distanciamiento social. En el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad esto se sustenta en el malestar emocional y la excesiva dedicación al trabajo, mientras que en el trastorno esquizoide de la personalidad existe fundamentalmente una falta de capacidad para la intimidad.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad debe distinguirse de un **cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica**, en la que los rasgos surgen como un efecto di-

recto de una enfermedad del sistema nervioso central. También se debe distinguir de los **síntomas que se pueden presentar en asociación con el consumo crónico de sustancias** (p. ej., el trastorno relacionado con la cocaína no especificado).

Los rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad en un grado moderado pueden ser especialmente adaptativos, en particular en las situaciones que recompensan el rendimiento elevado. Estos rasgos sólo constituyen un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. En la CIE-10, esta entidad está regida con el nombre de trastorno anancástico de la personalidad.

■ Criterios para el diagnóstico de F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad [301.4]

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- (1) preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad
- (2) perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas)
- (3) dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes)
- (4) excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión)
- (5) incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental
- (6) es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas
- (7) adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras
- (8) muestra rigidez y obstinación

F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado [301.9]

Esta categoría se reserva para los trastornos de la personalidad que no cumplen los criterios para un trastorno específico de la personalidad. Un ejemplo es la presencia de características de

más de un trastorno específico de la personalidad que no cumplen los criterios completos para ningún trastorno de la personalidad («personalidad mixta»), pero que, en conjunto, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en una o más áreas importantes de la actividad del individuo (p. ej., social o laboral). Esta categoría también puede utilizarse cuando el clínico considere que un trastorno específico de la personalidad que no está incluido en la clasificación es apropiado. Los ejemplos incluyen el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (v. pág. 748 y pág. 749, respectivamente, para los criterios de investigación que se sugieren).

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Esta sección considera otros estados o problemas que pueden ser objeto de atención clínica y que se relacionan con trastornos mentales descritos previamente en este manual en una de las siguientes formas: 1) el problema está centrado en el diagnóstico o el tratamiento y la persona no tiene un trastorno mental (p. ej., problemas conyugales en los que ninguno de los cónyuges tiene síntomas que cumplan los criterios de trastorno mental, de modo que sólo se codifican problemas conyugales); 2) la persona tiene un trastorno mental, pero éste no está relacionado con el problema (p. ej., problemas conyugales en los que uno de los cónyuges tiene una fobia específica: en tal caso hay que codificar ambos diagnósticos); 3) la persona tiene un trastorno mental que está relacionado con el problema, pero el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica independiente (p. ej., problemas conyugales asociados a trastorno depresivo mayor de uno de los cónyuges: en tal caso, también se codifican los dos). Los estados y problemas de esta sección se codifican en el Eje I.

Factores psicológicos que afectan al estado físico

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316]

Características diagnósticas

La característica esencial de los factores psicológicos que afectan al estado físico es la presencia de uno o más factores psicológicos o comportamentales específicos que afectan de un modo adverso al estado médico general. Las formas en que estos factores pueden afectar negativamente al estado físico son variadas: pueden influir sobre el curso de una enfermedad médica (lo cual se puede inferir por una íntima relación temporal entre los factores y la presencia, la exacerbación o el retraso en la recuperación de una enfermedad médica) o pueden interferir en su tratamiento. Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud del individuo (p. ej., continuar con una sobrealimentación cuando se padece una diabetes relacionada con sobrepeso), o precipitan o exacerbaban los síntomas de la enfermedad al provocar respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés (p. ej., causando dolor precordial en las personas con cardiopatía coronaria o broncospasmo en personas con asma).

Los factores psicológicos o comportamentales que influyen en el estado físico incluyen los trastornos del Eje I, los trastornos del Eje II, los síntomas psicológicos o los rasgos de personalidad que no cumplen todos los criterios para un trastorno mental específico, las comportamientos anómalos o las respuestas fisiológicas frente al ambiente o a los estresantes sociales.

Los factores psicológicos o comportamentales representan un papel potencial en la presentación o tratamiento de casi todas las enfermedades médicas. Esta categoría se reserva para las situaciones en las que los factores psicológicos tienen un efecto clínicamente significativo sobre el curso o la evolución de la enfermedad o sitúan a la persona en una situación de riesgo elevado para una evolución adversa. Existe una evidencia razonable para sugerir una asociación entre los factores psicológicos y el estado físico, aunque a menudo no es posible demostrar una causalidad directa o los mecanismos subyacentes de la relación. Los factores psicológicos y comportamentales pueden afectar el curso de casi todas las categorías mayores de enfermedad, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, dermatológicas, endocrinológicas, gastrointestinales, neoplásicas, neurológicas, pulmonares, renales y reumáticas.

Los factores psicológicos que afectan el diagnóstico de la enfermedad médica se codifican en el Eje I y la enfermedad médica acompañante se codifica en el Eje III. Para aportar una mayor especificidad con respecto al tipo de factor psicológico, el nombre se elige de la lista que muestra a continuación. Cuando haya más de un tipo de factor, debe especificarse el más prominente.

Trastorno mental que afecta a... [*indicar enfermedad médica*]. Un trastorno específico del Eje I o el Eje II afecta significativamente el curso o el tratamiento de una enfermedad médica (p. ej., trastorno depresivo mayor que afecta de un modo adverso el pronóstico de un infarto de miocardio, insuficiencia renal o hemodiálisis; la esquizofrenia que complica el tratamiento de una diabetes mellitus). Además de codificar esta enfermedad en el Eje I, el trastorno mental específico se codifica también en el Eje I o en el Eje II.

Síntomas psicológicos que afectan a... [*indicar enfermedad médica*]. Síntomas que no cumplen todos los criterios para un trastorno del Eje I afectan significativamente el curso o el tratamiento de una enfermedad médica (p. ej., síntomas de ansiedad o depresión que afectan el curso y la gravedad de un colon irritable o de una úlcera gastroduodenal, o que complican una recuperación quirúrgica).

Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a... [*indicar enfermedad médica*]. Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento anómalos que afectan significativamente el curso o el tratamiento de una enfermedad médica. Los rasgos de personalidad pueden ser subumbrales para el trastorno del Eje II o representar otro patrón que se ha demostrado que es un factor de riesgo para ciertas enfermedades (p. ej., comportamientos de «tipo A», de urgencia y hostiles que tienen relación causal con la cardiopatía coronaria). Los rasgos de personalidad problemáticos y los estilos de afrontamiento anómalos pueden impedir unas relaciones adecuadas con el personal sanitario.

Comportamientos desadaptativos que afectan a... [*indicar enfermedad médica*]. Comportamientos desadaptativos (p. ej., estilo de vida sedentario, prácticas sexuales de riesgo, sobrealimentación, abuso de alcohol y drogas) que afectan significativamente el curso o el tratamiento de una enfermedad médica. Si los comportamientos desadaptativos se explican mejor por un trastorno del Eje I (p. ej., sobrealimentación como parte de la bulimia nerviosa, consumo de alcohol como parte de una dependencia del alcohol), debe usarse el nombre de «trastorno mental que afecta a la enfermedad médica».

Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a... [*indicar enfermedad médica*]. Respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés que afectan significativamente el curso o el tratamiento de una enfermedad médica (p. ej., aparición de un dolor precordial o una arritmia en un paciente con cardiopatía coronaria).

Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a... [*indicar enfermedad médica*]. Cualquier factor no incluido en los subtipos presentados anteriormente o un factor psicológico o comportamental inespecífico que afectan significativamente el curso o el tratamiento de una enfermedad médica.

Diagnóstico diferencial

La asociación temporal entre síntomas de un trastorno mental y una enfermedad médica es también característica de un **trastorno mental debido a una enfermedad médica**, pero la presunta causalidad está en la dirección opuesta. En un trastorno mental debido a una enfermedad médica ésta se considera que causa el trastorno mental a través de un mecanismo fisiológico directo. Cuando los factores psicológicos afectan a la enfermedad médica, se considera que los factores psicológicos o comportamentales afectan el curso de la enfermedad.

Los **trastornos por consumo de sustancias** (p. ej., dependencia del alcohol o de nicotina) afectan de un modo adverso el pronóstico de muchas enfermedades médicas. Si una persona tiene un trastorno por consumo de sustancias que causa o afecta de un modo adverso una enfermedad médica, el trastorno mental que afecta a la enfermedad se codifica en el Eje I, en unión del trastorno por consumo de sustancias. Para los patrones de consumo de sustancias que afectan a una enfermedad médica que no cumplen todos los criterios para establecer un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, se puede especificar como un comportamiento desadaptativo que afecta a la enfermedad médica.

Los **trastornos somatomorfos** se caracterizan por la presencia de factores psicológicos y síntomas físicos, pero no hay una enfermedad médica que explique completamente la presencia de los síntomas físicos. Sin embargo, en los factores psicológicos que afectan a la enfermedad médica, los factores psicológicos afectan de un modo adverso a una enfermedad médica diagnosticable. Los factores psicológicos que afectan a los síndromes dolorosos no son diagnosticados como factores psicológicos que afectan a la enfermedad médica, sino como **trastorno por dolor asociado a factores psicológicos** o como **trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a una enfermedad médica**.

Cuando hay una falta de cumplimiento terapéutico en una enfermedad médica debido a factores psicológicos, y el incumplimiento se convierte en objeto de atención clínica, se codifica como **incumplimiento terapéutico** (v. pág. 698).

■ **F54... (Factor psicológico) que afecta a... (indicar enfermedad médica) [316]**

- A. Presencia de una enfermedad médica (codificada en el Eje III).
- B. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:
 - (1) los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación
 - (2) los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica
 - (3) los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona

(continúa)

F54... (Factor psicológico) que afecta a... (indicar enfermedad médica) [316] (continuación)

- (4) las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica

Escoger nombre basándose en la naturaleza de los factores psicológicos (si hay más de un factor, indicar el más prominente):

Trastorno mental que afecta a... (indicar enfermedad médica) (p. ej., un trastorno del Eje I como trastorno depresivo mayor que retrasa la recuperación de un infarto de miocardio)

Síntomas psicológicos que afectan a... (indicar enfermedad médica) (p. ej., síntomas depresivos que retrasan una recuperación quirúrgica; ansiedad que exacerba una crisis de asma)

Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a... [indicar enfermedad médica] (p. ej., negación patológica de la necesidad de cirugía en un paciente con cáncer; comportamiento hostil e impaciente que contribuye a la enfermedad cardiovascular)

Comportamientos desadaptativos que afectan a... (indicar enfermedad médica) (p. ej., sobrealimentación, falta de ejercicio, comportamientos sexuales de riesgo)

Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a... (indicar enfermedad médica) (p. ej., exacerbación de una úlcera relacionada con el estrés, hipertensión, arritmia o cefalea tensional)

Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a... (indicar enfermedad médica) (p. ej., factores interpersonales, culturales o religiosos)

Trastornos motores inducidos por medicamentos

Se incluyen los siguientes trastornos motores inducidos por medicamentos debido a su frecuente importancia en: 1) el tratamiento de los trastornos mentales o de las enfermedades médicas y 2) el diagnóstico diferencial con trastornos del Eje I (p. ej., trastorno de ansiedad *versus* acatisia provocada por neurolépticos; catatonia *versus* síndrome neuroléptico maligno). Aunque estos trastornos se califican como «inducidos por medicamentos», es difícil establecer la relación causal entre la administración del medicamento y la aparición del trastorno motor, especialmente porque estos trastornos también aparecen en ausencia de medicación. El término *neuroléptico* es ampliamente usado en este manual para referirse a medicamentos con propiedades antagonistas sobre el receptor dopaminérgico. Incluye los llamados agentes antipsicóticos «típicos» (p. ej., clorpromacina, haloperidol, flufenacina), los agentes antipsicóticos «atípicos» (p. ej., clozapina), algunos fármacos que bloquean el receptor dopaminérgico utilizados en el tratamiento de síntomas como náuseas y gastroparesia (p. ej., proclorperacina, prometacina, trimetobenzamida, tietilperacina y metoclopramida), y la amoxapina, que está considerada un antidepresivo. Los trastornos motores inducidos por medicamentos deben codificarse en el Eje I.

G21.1 Parkinsonismo inducido por neurolépticos [332.1]

Temblor parkinsoniano, rigidez muscular o acinesia que aparecen a las pocas semanas de iniciar o aumentar la dosis de un neuroléptico (o después de disminuir la medicación utilizada

para tratar síntomas extrapiramidales). (V. pág. 752 para los criterios de investigación que se sugieren.)

G21.0 Síndrome neuroléptico maligno [333.92]

Rigidez muscular grave, temperatura elevada y otros síntomas (p. ej., sudoración, disfagia, incontinencia, alteraciones del nivel de conciencia que van de la confusión al coma, mutismo, elevación o labilidad en la tensión arterial, elevación de la creatinfosfocinasa [CPK]) que aparecen con el consumo de neurolépticos. (V. pág. 755 para los criterios de investigación que se sugieren.)

G24.0 Distonía aguda inducida por neurolépticos [333.7]

Posición anormal o espasmo de los músculos de la cabeza, el cuello, las extremidades o el tronco que aparecen varios días después de iniciar o aumentar la dosis de neurolépticos (o después de disminuir la medicación utilizada para tratar los síntomas extrapiramidales). (V. pág. 758 para los criterios de investigación que se sugieren.)

G21.1 Acatisia aguda inducida por neurolépticos [333.99]

Quejas subjetivas de inquietud que se acompañan de movimientos observables (p. ej., movimientos de piernas, balanceo de pierna a pierna, paseos o incapacidad para permanecer sentado o estar en pie) que aparecen varias semanas después de iniciar o aumentar la dosis de neurolépticos (o después de disminuir la medicación utilizada para tratar los síntomas extrapiramidales). (V. página 760 para los criterios de investigación que se sugieren.)

G24.0 Discinesia tardía inducida por neurolépticos [333.82]

Movimientos involuntarios de tipo coreiforme, atetóide o rítmicos (que duran varias semanas) de la lengua, la mandíbula o las extremidades, que aparecen asociados al consumo de neurolépticos durante varios meses (puede ser durante un corto período de tiempo en los ancianos). (V. página 763 para los criterios de investigación que se sugieren.)

G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos [333.1]

Temblor fino que aparece durante los intentos por mantener una postura que se asocia al consumo de un medicamento (p. ej., litio, antidepresivos, ácido valproico). (V. pág. 765 para los criterios de investigación que se sugieren.)

G25.9 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado [333.90]

Esta categoría se reserva para trastornos del movimiento inducidos por medicamentos no clasificados en ninguno de los trastornos específicos mencionados antes. Los ejemplos incluyen: 1) parkinsonismo, acatisia aguda, distonía aguda o movimientos discinéticos relacionados con medica-

mentos distintos de los neurolépticos; 2) cuadros clínicos que recuerdan el síndrome neuroléptico maligno relacionados con medicamentos distintos de los neurolépticos, y 3) distonía tardía.

Trastornos inducidos por otros medicamentos

T88.7 Efectos adversos de los medicamentos no especificados [995.2]

Esta categoría se reserva para su uso opcional por los clínicos para codificar los efectos secundarios de los fármacos (distintos de los trastornos motores) cuando estos efectos adversos se convierten en el objeto principal de la atención clínica. Los ejemplos incluyen hipotensión grave, arritmias cardíacas y priapismo.

Problemas de relación

Los problemas de relación incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad clínicamente significativo, o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o a deterioro de la unidad relacional misma. Se incluyen los siguientes problemas de relación, porque con frecuencia son objeto de atención clínica por parte de los profesionales de la salud. Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica en uno o más miembros de la unidad relacional, pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica, pueden ser independientes de otros trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno. Cuando estos problemas son el objeto principal de atención clínica, deben codificarse en el Eje I. Por otro lado, si existen, pero no son objeto principal de la atención clínica, pueden codificarse en el Eje IV. La categoría relevante se aplica generalmente a todos los miembros de la unidad relacional que estén recibiendo tratamiento debido al problema.

Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica [V61.9]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es un patrón de deterioro en la interacción que está asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica de un miembro de la familia.

Z63.8 Problemas paterno-filiales [V61.20]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos (p. ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos.

Nota de codificación: Especificar **Z63.1** si el objeto de atención clínica es el niño.

Z63.0 Problemas conyugales [V61.1]

Esta categoría debe utilizarse cuando el objeto de atención clínica es un patrón de interacción entre cónyuges o compañeros caracterizado por una comunicación negativa (p. ej., críticas), una comunicación distorsionada (p. ej., expectativas poco realistas) o una ausencia de comunicación (p. ej., aislamiento), que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o ambos cónyuges.

F93.3 Problema de relación entre hermanos [V61.8]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es un patrón de interacción entre hermanos que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o más hermanos.

Z63.9 Problema de relación no especificado [V62.81]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica se centra en los problemas de relación que no son clasificables en ninguno de los problemas específicos mencionados antes (p. ej., dificultades con los colaboradores).

Problemas relacionados con el abuso o la negligencia

Este apartado incluye categorías que deben utilizarse cuando el objeto de atención clínica es un maltrato grave de una persona por otra utilizando el abuso físico, el abuso sexual o la negligencia. Estos problemas se incluyen porque son objeto de atención clínica frecuente entre las personas visitadas por los profesionales de la salud. En la codificación de la CIE-9-MC se aplica el código V apropiado si el objeto de atención es sobre la persona que ha perpetrado el abuso o la negligencia o sobre la unidad relacional en la que ocurre. Si la persona atendida o tratada es la víctima del abuso o la negligencia, se codifica 995.5 para los niños o 995.81 para un adulto.

T74.1 Abuso físico del niño [V61.21]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso físico de un niño.

Nota de codificación: [Para CIE-9-MC especificar 995.5 si el objeto de atención clínica es la víctima.]

T74.2 Abuso sexual del niño [V61.21]

Esta categoría deberá usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso sexual de un niño.

Nota de codificación: [Para CIE-9-MC especificar 995.5 si el objeto de atención clínica es la víctima.]

T74.0 Negligencia de la infancia [V61.21]

Esta categoría deberá usarse cuando el objeto de atención clínica es el descuido de un niño.

Nota de codificación: [Para CIE-9-MC especificar 995.5 si el objeto de atención clínica es la víctima.]

T74.1 Abuso físico del adulto [V61.1]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso físico de un adulto (p. ej., dar una paliza al cónyuge, abusar de un progenitor anciano).

Nota de codificación: [Para CIE-9-MC especificar 995.81 si el objeto de atención clínica es la víctima.]

T74.2 Abuso sexual del adulto [V61.1]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el abuso sexual de un adulto (p. ej., coacción sexual, violación).

Nota de codificación: [Para CIE-9-MC especificar 995.81 si el objeto de atención clínica es la víctima.]

Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica

Z91.1 Incumplimiento terapéutico [V15.81]

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el incumplimiento con un aspecto importante del tratamiento en un trastorno mental o en una enfermedad médica. Las razones del incumplimiento pueden deberse a las molestias que provoca el tratamiento (p. ej., efectos secundarios de la medicación), a su costo elevado, a decisiones basadas en juicios de valor personales o creencias religiosas o culturales sobre las ventajas e inconvenientes del tratamiento propuesto, a rasgos de personalidad o a estilos de afrontamiento anómalos (p. ej., negación de la enfermedad) y a la presencia de un trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, trastorno de la personalidad por evitación). Esta categoría debe usarse sólo si el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica independiente.

Z76.5 Simulación [V65.2]

La característica de la simulación es la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas. Bajo algunas circunstancias, la simulación puede representar un comportamiento adaptativo: por ejemplo, fingir una enfermedad mientras se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra.

Debe sospecharse simulación si existe alguna de las combinaciones presentes:

1. Presentación de un contexto medicolegal (p. ej., la persona es enviada por el fiscal a una exploración médica).
2. Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica.
3. Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.
4. Presentación de un trastorno antisocial de la personalidad.

La simulación difiere del trastorno facticio en que existe un incentivo externo para la producción de los síntomas, lo que no ocurre en el trastorno facticio. La evidencia de una necesidad intrapsíquica para mantener el papel de enfermo sugiere un trastorno facticio. La simulación se diferencia del trastorno de conversión y de otros trastornos somatomorfos por la producción intencionada de síntomas y por los obvios incentivos externos asociados a ella. En la simulación (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno de conversión) los síntomas no ceden por sugestión o hipnosis.

Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto [V71.01]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un comportamiento antisocial del adulto que no se debe a un trastorno mental (p. ej., trastorno disocial, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno del control de los impulsos). Los ejemplos incluyen el comportamiento de algunos ladrones profesionales, chantajistas y traficantes de sustancias ilegales.

Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia [V71.02]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un comportamiento antisocial en el niño o el adolescente que no es debido a un trastorno mental (p. ej., trastorno disocial o trastorno del control de los impulsos). Los ejemplos incluyen actos antisociales aislados de los niños o adolescentes (no un patrón de comportamiento antisocial).

R41.8 Capacidad intelectual límite [V62.89]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica está asociado a una capacidad intelectual límite, esto es, a un CI entre 71 y 84. El diagnóstico diferencial entre la capacidad intelectual límite y el retraso mental (CI de 70 o inferior) es especialmente difícil cuando coexisten otros trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia).

Nota de codificación: Se codifica en el Eje II.

R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad [780.9]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un deterioro de la actividad cognoscitiva, demostrado objetivamente, a consecuencia de la edad y que está dentro de los límites normales de esa edad. Los individuos con este déficit pueden tener problemas para recordar nombres o citas y experimentar dificultades para solucionar problemas complejos. Esta categoría sólo debe usarse tras haber determinado que el deterioro cognoscitivo no es atribuible a un trastorno mental específico o a una enfermedad neurológica.

Z63.4 Duelo [V62.82]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p. ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como «normal», aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La duración y la expresión de un duelo «normal» varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo «normal» puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquéllos se incluyen: 1) la culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida; 2) pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida; 3) preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad; 4) enlentecimiento psicomotor acusado; 5) deterioro funcional acusado y prolongado, y 6) experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Z55.8 Problema académico [V62.3]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema académico que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente. Un ejemplo es la existencia de un patrón gradual de fracaso o la presencia de pocos logros significativos en una persona con una capacidad intelectual adecuada en ausencia de un trastorno del aprendizaje o de la comunicación o cualquier otro trastorno mental que pudiera explicar el problema.

Z56.7 Problema laboral [V62.2]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional.

F93.8 Problema de identidad [313.82]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es la incertidumbre sobre los múltiples aspectos relacionados con la identidad, como son los objetivos a largo plazo, elección de profesión, patrones de amistad, comportamiento y orientación sexuales, valores morales y lealtades de grupo.

Z71.8 Problema religioso o espiritual [V62.89]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema religioso o espiritual. Los ejemplos incluyen el malestar que implica la pérdida o el cuestionamiento de la fe,

los problemas asociados con la conversión a una nueva fe, o el cuestionamiento de los valores espirituales que pueden o no estar necesariamente relacionados con una iglesia organizada o con una institución religiosa.

Z60.3 Problema de aculturación [V62.4]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema relacionado con la adaptación a diferentes culturas (p. ej., problemas educativos relacionados con la emigración).

Z60.0 Problema biográfico [V62.89]

Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema asociado con una etapa del desarrollo o con otras circunstancias de la vida que no se debe a un trastorno mental o que, si es debido a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen problemas asociados con la incorporación al colegio, el abandono del control de los padres, el comienzo de una nueva profesión y los cambios relacionados con el matrimonio, el divorcio y la jubilación.

Códigos adicionales

F99 Trastorno mental no especificado (no psicótico) [300.9]

Hay diferentes circunstancias en las que es apropiado asignar este código: 1) para un trastorno mental específico no incluido en la clasificación DSM-IV; 2) cuando no resulta apropiada ninguna de las categorías disponibles del tipo no especificado, o 3) cuando se considera que hay un trastorno mental no psicótico, pero no hay suficiente información disponible para diagnosticar una de las categorías de la clasificación. En algunos casos el diagnóstico puede cambiarse a un trastorno específico después de obtener más información.

Z03.2 Sin diagnóstico o estado en el Eje I [V71.09]

Debe indicarse cuando no hay ningún diagnóstico o estado en el Eje I. Puede haber o no un diagnóstico del Eje II.

R69 Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I [799.9]

Debe anotarse como diagnóstico o estado aplazados en el Eje I cuando no se dispone de suficiente información para hacer una valoración diagnóstica acerca de un diagnóstico o estado en el Eje I.

Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II [V71.09]

Debe indicarse cuando no hay un diagnóstico en el Eje II (p. ej., sin trastorno de la personalidad). Puede haber o no diagnóstico o estado en el Eje I.

R46.8 Diagnóstico aplazado en el Eje II [799.9]

Debe anotarse como diagnóstico aplazado en el Eje II cuando no hay suficiente información para hacer una valoración diagnóstica acerca de un diagnóstico en el Eje II.

Apéndice A

Árboles de decisión para el diagnóstico diferencial

El propósito de estos árboles de decisión es el de ayudar a que el clínico comprenda la estructura jerárquica de la clasificación DSM-IV. Cada árbol de decisión empieza con un conjunto de características clínicas. Cuando una de estas características destaca en el contexto del cuadro clínico, se formulan una serie de preguntas para confirmar o descartar diferentes categorías diagnósticas. Obsérvese que las preguntas son únicamente aproximaciones a los criterios diagnósticos y, por tanto, no pueden reemplazarlos.

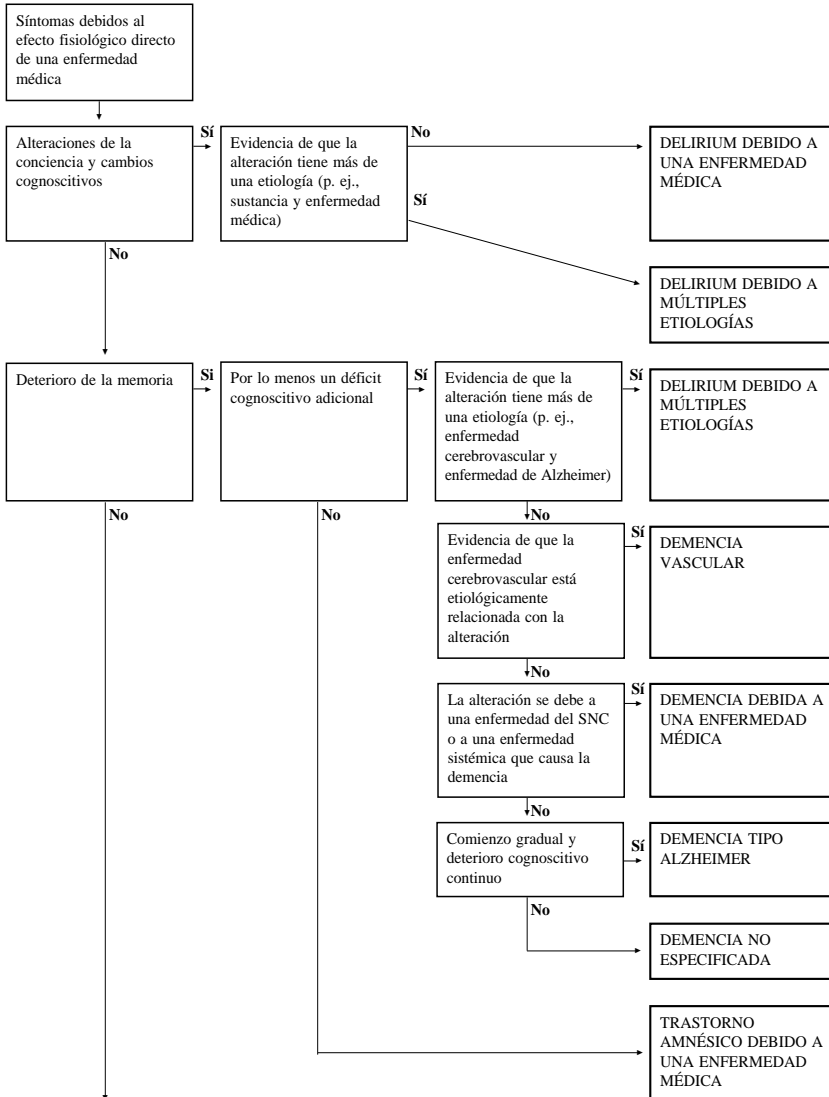
El árbol de decisión para los trastornos psicóticos es el único que contiene categorías diagnósticas mutuamente excluyentes (p. ej., sólo se puede diagnosticar un trastorno de esta sección, en un individuo dado, para un episodio particular). Para otros árboles de decisión, es importante referir el conjunto de criterios individuales para determinar cuándo es necesario más de un diagnóstico.

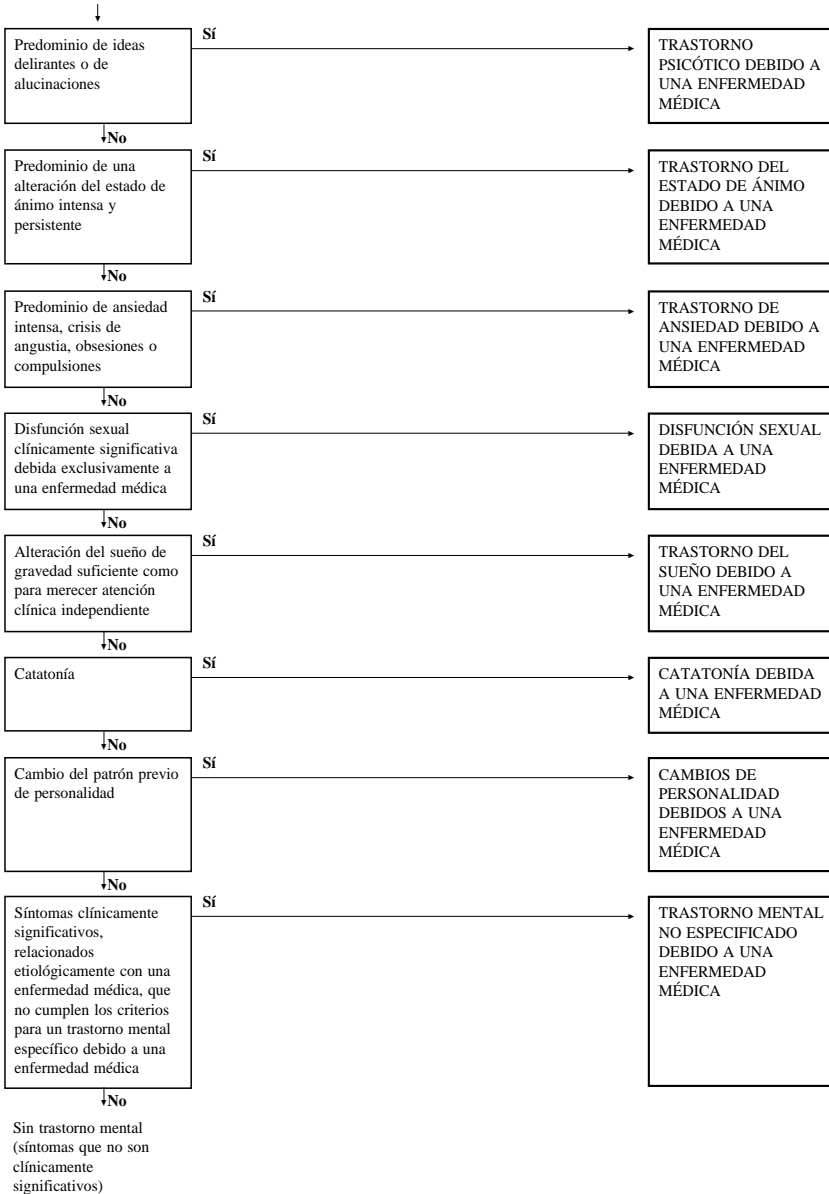
Contenidos

| | |
|---|-----|
| I. Diagnóstico diferencial de los trastornos mentales debidos a una enfermedad médica | 706 |
| II. Diagnóstico diferencial de los trastornos inducidos por sustancias | 708 |
| III. Diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos | 710 |
| IV. Diagnóstico diferencial de los trastornos del estado de ánimo | 712 |
| V. Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad | 714 |
| VI. Diagnóstico diferencial de los trastornos somatomorfos | 716 |

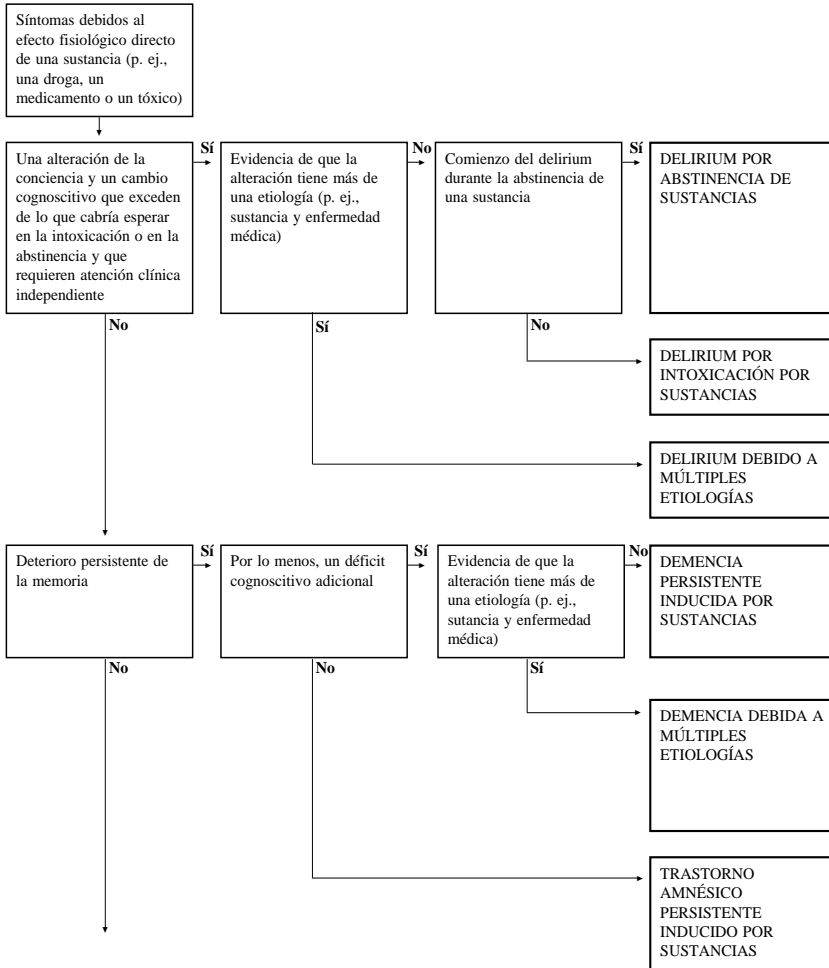
Nota: Confeccionados por Michael B. First, M.D.; Allen Frances, M.D., y Harold Alan PinCUS, M.D.

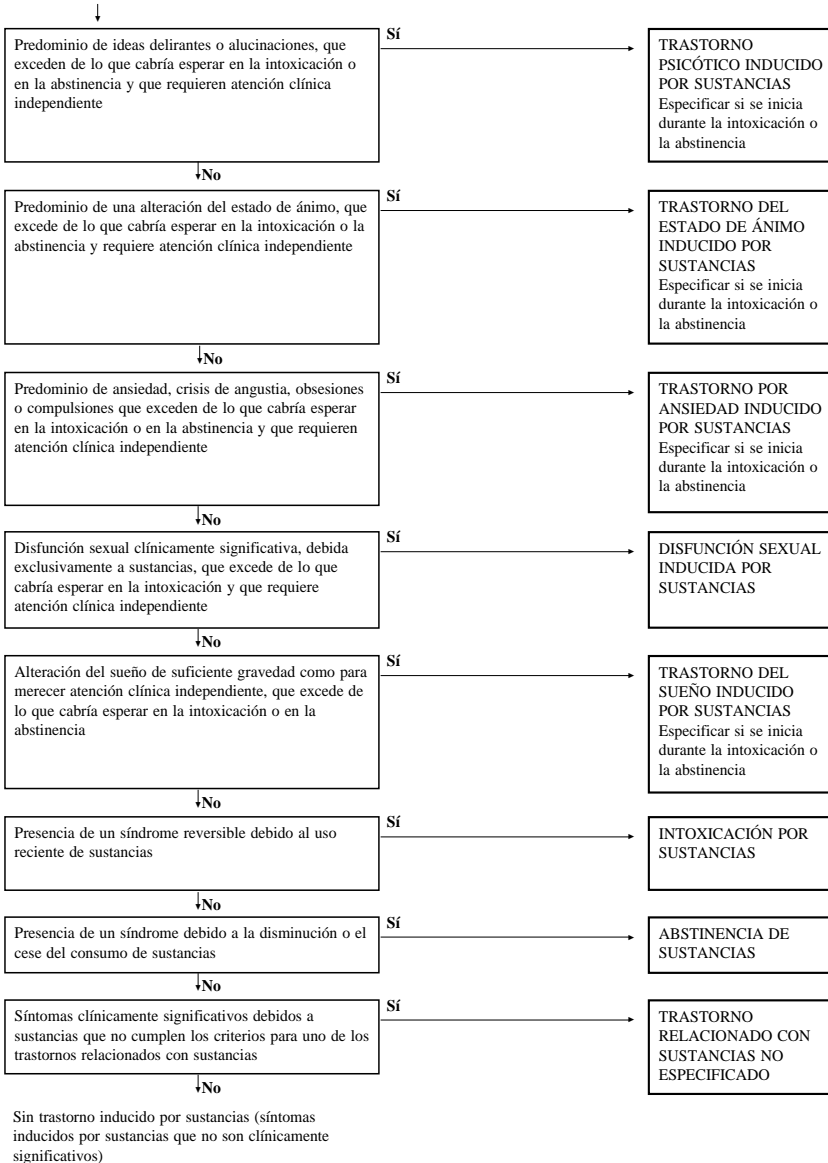
Diagnóstico diferencial de los trastornos mentales debidos a una enfermedad médica



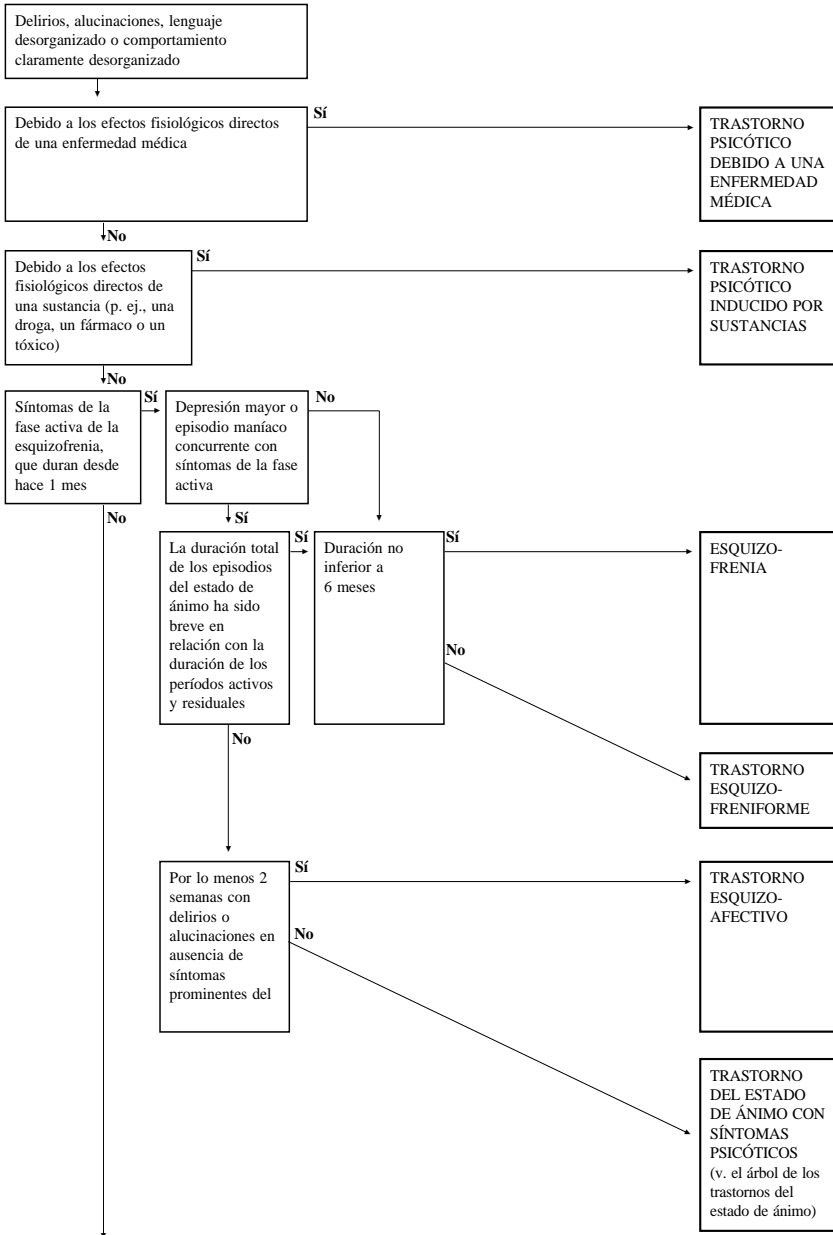


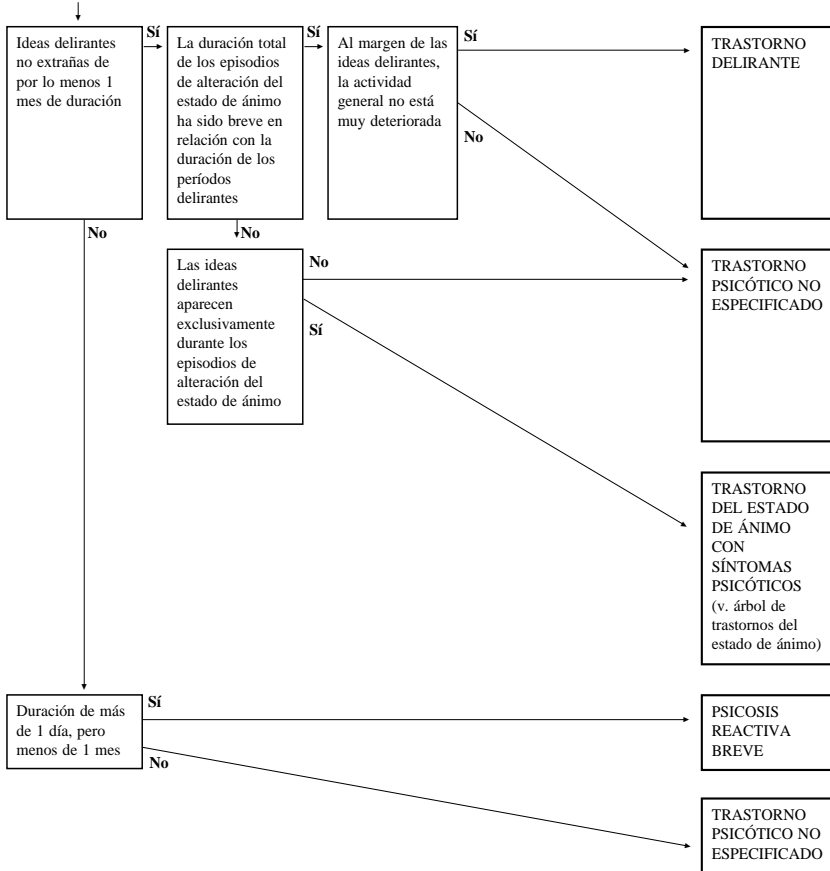
Diagnóstico diferencial de los trastornos inducidos por sustancias (no se incluyen la dependencia ni el abuso)



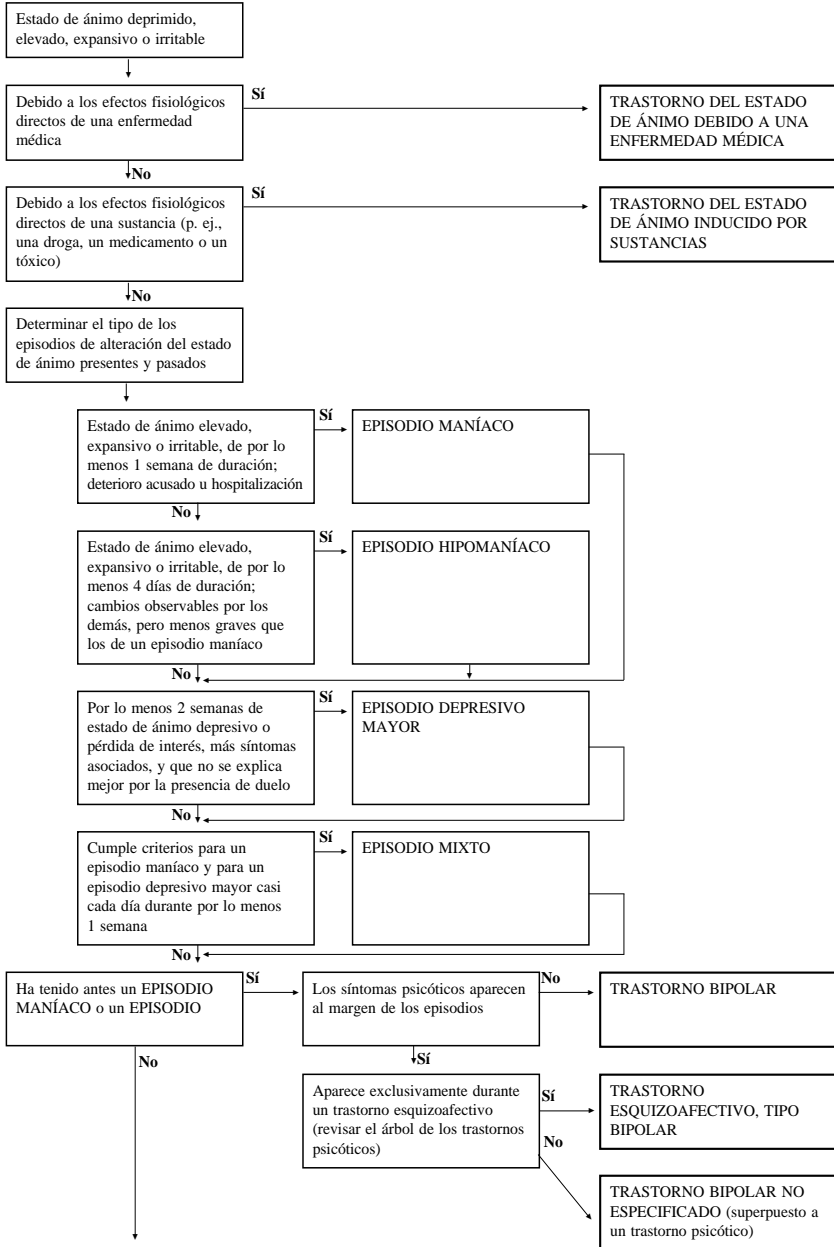


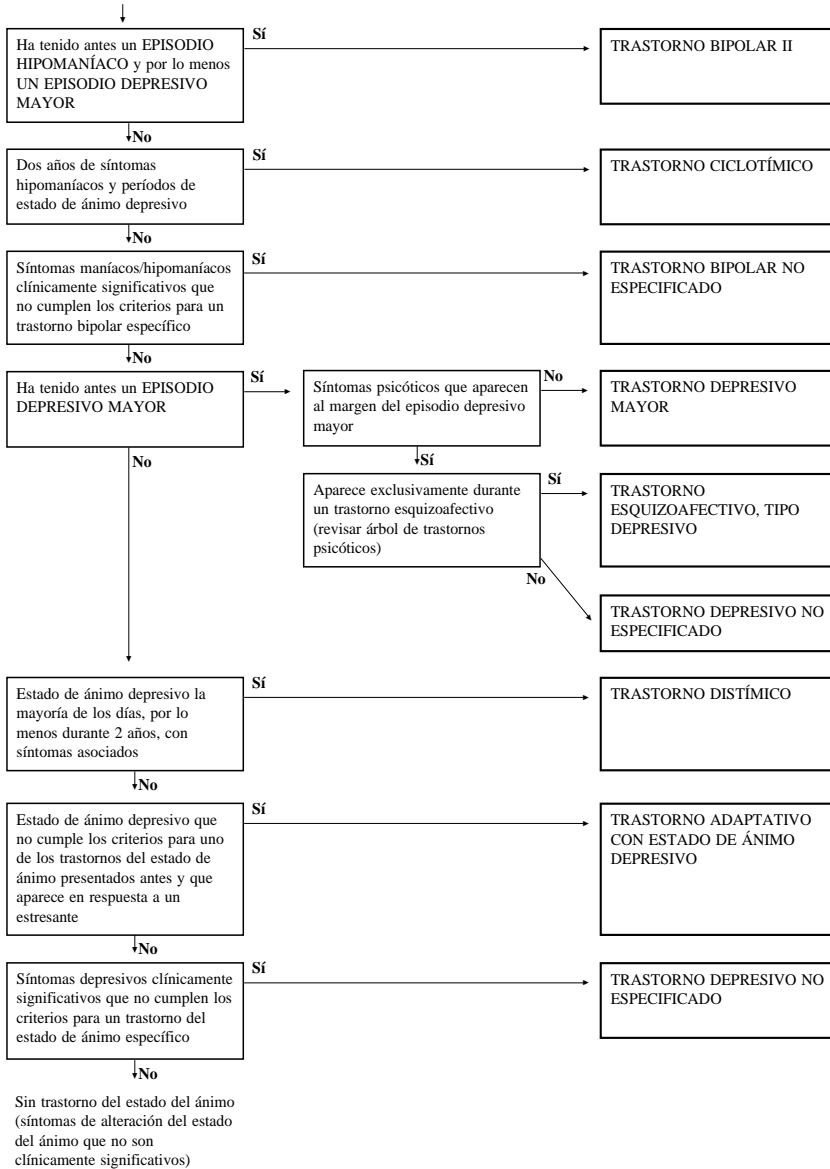
Diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos



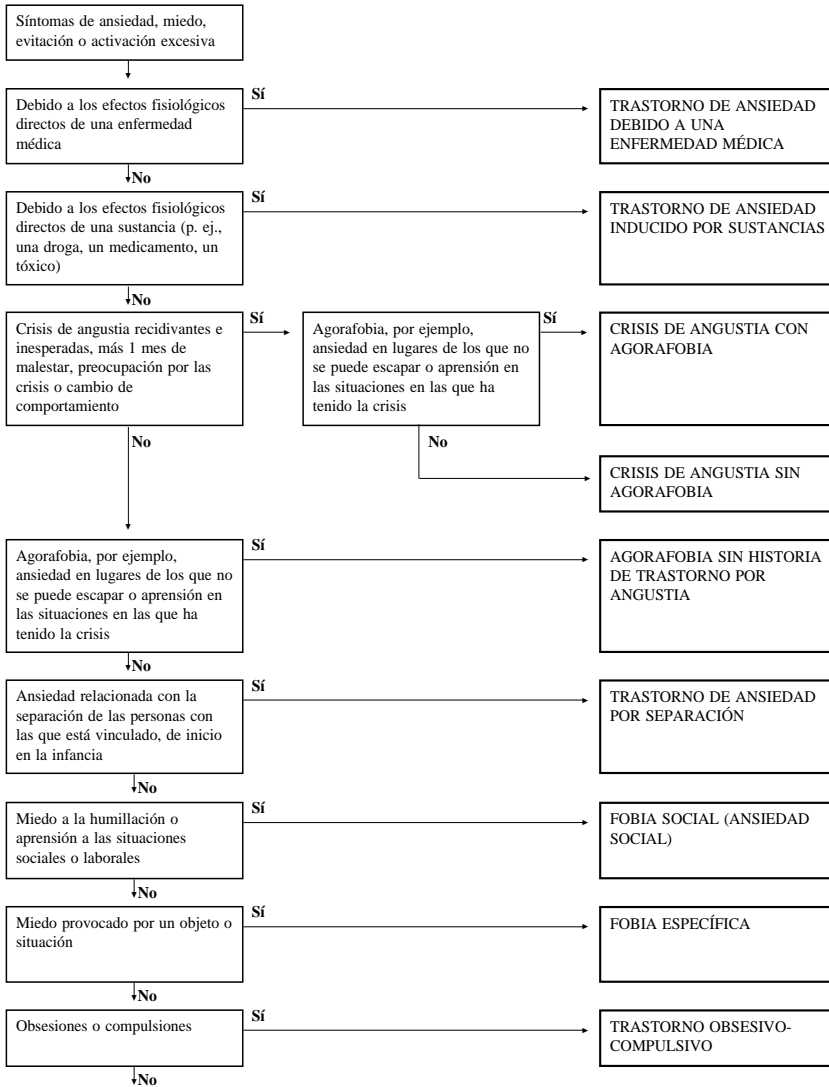


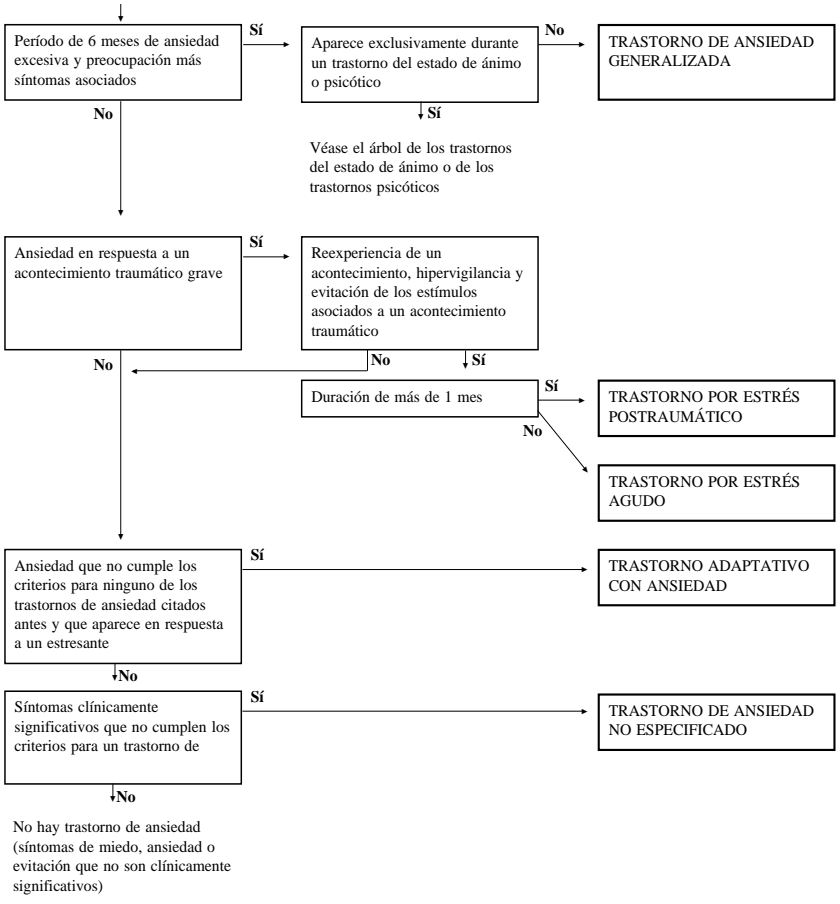
Diagnóstico diferencial de los trastornos del estado de ánimo



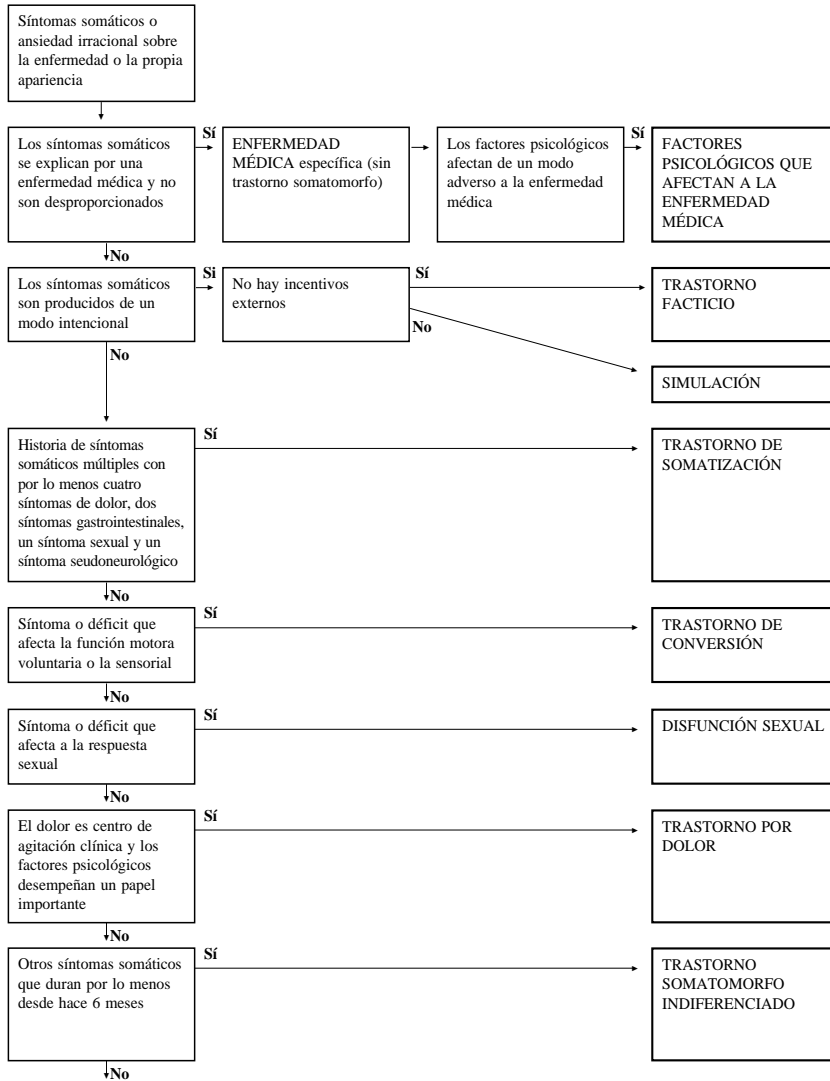


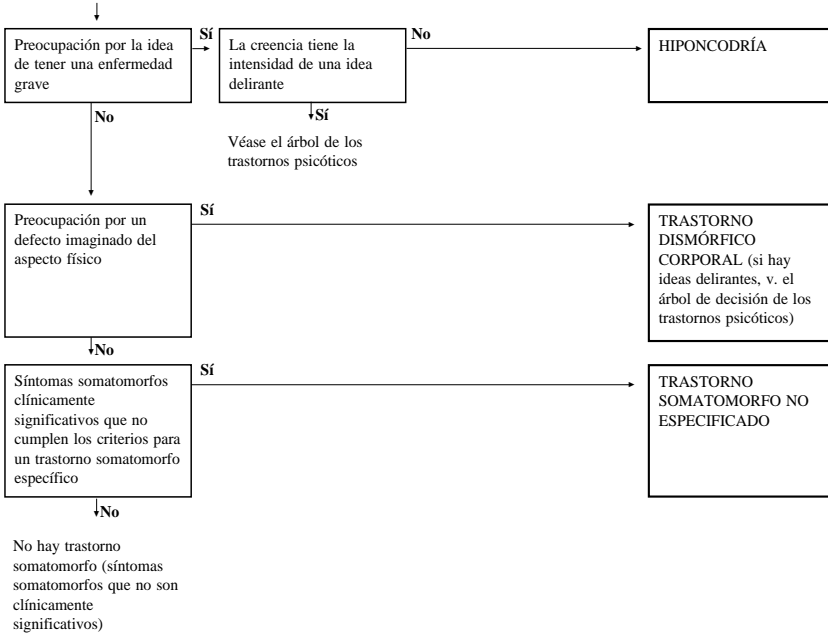
Diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad





Diagnóstico diferencial de los trastornos somatomorfos





Apéndice B

Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores

Este apéndice contiene una serie de nuevas categorías y ejes diagnósticos que fueron propuestos para su posible inclusión en el DSM-IV. El grupo de trabajo encargado de la elaboración de este manual ha sometido cada una de estas sugerencias a una cuidadosa revisión empírica, para lo cual ha recabado la opinión de un amplio número de expertos. Sus conclusiones son que todavía no se dispone de la suficiente información como para avalar la inclusión de estas propuestas como categorías oficiales o ejes del DSM-IV.

El objetivo que se persigue con la enumeración de ítems, umbrales y tiempos de evolución incluidos en estos criterios de investigación es la aportación de un lenguaje común que pueda ser utilizado por médicos e investigadores interesados en el estudio de estos trastornos. Se espera que estos trabajos de investigación ayuden a determinar la posible utilidad de estas categorías propuestas y redunden, en consecuencia, en el perfeccionamiento de estos criterios diagnósticos. Después de llegar a un consenso, los autores han establecido unos umbrales y tiempos de evolución específicos (basándose, en la medida de lo posible, en revisiones de literatura existente, reanálisis de datos y resultados de trabajos prácticos), por lo que, en buena lógica, deben ser considerados provisionales. Sería deseable que los investigadores interesados en estos trastornos se concentraran en el estudio de ítems, umbrales y tiempos de evolución alternativos.

Este apéndice contiene las siguientes propuestas:

- Trastorno posconmocional
- Trastorno neurocognoscitivo leve
- Abstinencia de cafeína
- Descriptores dimensionales alternativos para la esquizofrenia
- Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia
- Trastorno deteriorante simple (esquizofrenia simple)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Criterio B alternativo para el trastorno distímico
- Trastorno depresivo menor
- Trastorno depresivo breve recidivante
- Trastorno mixto ansioso-depresivo
- Trastorno facticio por poderes
- Trastorno disociativo de trance
- Trastorno por atracón
- Trastorno depresivo de la personalidad

Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (trastorno negativista de la personalidad)

Trastornos motores inducidos por medicamentos:

Parkinsonismo inducido por neurolépticos

Síndrome neuroléptico maligno

Distonía aguda inducida por neurolépticos

Acatisia aguda inducida por neurolépticos

Discinesia tardía inducida por neurolépticos

Tembor postural inducido por medicamentos

Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado

(Nota: Estas categorías se incluyen en la sección «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica». En este apéndice se incluyen las descripciones y los criterios diagnósticos para estos trastornos.)

Escala de mecanismos de defensa

Escala de evaluación global de la actividad relacional (EEGAR)

Escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL)

Trastorno posconmocional

Características diagnósticas

La característica esencial que define este trastorno es el deterioro adquirido de las funciones cognitivas, acompañado de síntomas neuroconductuales específicos, que aparece tras un traumatismo craneoencefálico cerrado de suficiente gravedad para producir una conmoción cerebral importante. Entre las manifestaciones clínicas de la conmoción cerebral se incluyen la pérdida de conciencia, la amnesia postraumática y, menos frecuentemente, la aparición de patología convulsiva. Sin duda serán necesarios más trabajos de investigación para definir más finamente los criterios que acaban de mencionarse. Aunque todavía no hay datos suficientes que permitan establecer los niveles de gravedad del traumatismo craneal, sí se ha sugerido una serie de criterios específicos, por ejemplo, dos de los siguientes: 1) una pérdida de conciencia superior a los 5 min, 2) un período de amnesia postraumática que se prolongue más allá de las 12 horas posteriores al traumatismo craneoencefálico o 3) la aparición de patología convulsiva (o un agravamiento acusado de un trastorno comicial preexistente) que se manifiesta en los primeros 6 meses tras el traumatismo. Al mismo tiempo debe haber déficit cognoscitivos documentados en el terreno de la atención (concentración, cambio en la focalización de la atención, tareas cognitivas simultáneas) o de la memoria (aprendizaje o evocación de la información). Paralelamente a estas alteraciones cognitivas, se requiere la presencia de tres (o más) síntomas durante un período de al menos 3 meses tras el traumatismo craneoencefálico. Entre estos síntomas cabe citar cansancio fácil; trastornos del sueño; dolores de cabeza; vértigo o inestabilidad; comportamiento irritable o agresivo tras la mínima provocación; ansiedad, depresión o labilidad emocional; apatía o falta de espontaneidad, y otros cambios de la personalidad (p. ej., comportamientos social o sexual inapropiados). Las alteraciones cognitivas y los síntomas conductuales y somáticos aparecen tras el traumatismo craneoencefálico o bien representan un empeoramiento significativo de trastornos o síntomas preexistentes. Las secuelas cognitivas y neuroconductuales se acompañan de una marcada afectación de la actividad social o laboral y representan un deterioro significativo del nivel de función previa. Por ejemplo, en el caso de un niño en edad escolar, a partir de la fecha del traumatismo craneoencefálico sus aptitudes académicas pueden experimentar un descenso significativo. Este trastorno no debe considerarse en el caso de que los síntomas del paciente cumplan los criterios diagnósticos para la demencia debida a traumatismo craneoencefálico o puedan explicarse mejor por la presencia de cualquier otro trastorno mental.

Síntomas asociados

Los traumatismos craneoencefálicos ocasionan también secuelas de tipo visual y auditivo o anosmia (pérdida del olfato). Esta última se relaciona también con una pérdida del interés por la comida en general. Asimismo, pueden aparecer complicaciones ortopédicas y neurológicas específicas, dependiendo de la causa, la naturaleza y la extensión del traumatismo. Es frecuente también la aparición de trastornos relacionados con sustancias. Los traumatismos craneoencefálicos se observan más a menudo en varones jóvenes y se han relacionado con comportamientos de riesgo.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV los individuos que cumplen estos criterios de investigación reciben el diagnóstico de **trastorno cognoscitivo no especificado**.

Si el traumatismo craneal da lugar a una **demencia** (p. ej., deterioro de la memoria y al menos otro trastorno cognoscitivo), no debe considerarse el diagnóstico de trastorno posconmocional. El **trastorno neurocognoscitivo leve**, al igual que el trastorno posconmocional, viene recogido en este apéndice (v. pág. 722). El trastorno posconmocional puede diferenciarse del trastorno neurocognoscitivo leve por el patrón específico de síntomas cognoscitivos, somáticos y comportamentales, y por la presencia simultánea de una etiología específica (p. ej., traumatismo craneoencefálico cerrado). Los individuos que con **trastorno de somatización** o con **trastorno somatomorfo indiferenciado** pueden presentar síntomas comportamentales o somáticos similares; sin embargo, estos trastornos no se deben a una etiología específica (p. ej., traumatismo craneoencefálico cerrado) o no presentan un deterioro mensurable de la actividad cognoscitiva. El trastorno posconmocional debe diferenciarse del **trastorno facticio** (necesidad de asumir el papel de paciente) y de la **simulación** (en donde la búsqueda de una compensación puede llevar a la producción o prolongación de síntomas debidos al traumatismo craneoencefálico).

■ Criterios de investigación para el trastorno posconmocional

- A. Una historia de traumatismo craneoencefálico que causó una conmoción cerebral importante.

Nota: Las manifestaciones clínicas de la conmoción cerebral incluyen pérdida de conciencia, amnesia postraumática y, menos frecuentemente, inicio de crisis comiciales postraumáticas. El método específico para definir este criterio debe ser establecido en futuros trabajos de investigación.

- B. Pruebas objetivas que evidencien deterioro de la capacidad para fijar la atención (concentración, cambio en la focalización de la atención, tareas cognoscitivas simultáneas) o de la memoria (aprendizaje o evocación de la información) a partir de los tests neuropsicológicos o técnicas de evaluación cognoscitiva cuantificada.
- C. Hay tres (o más) de los siguientes síntomas después del traumatismo que duran al menos 3 meses:

(continúa)

Criterios de investigación para el trastorno posconmocional
(continuación)

- (1) fatigabilidad fácil
 - (2) trastornos del sueño
 - (3) dolores de cabeza
 - (4) vértigo o inestabilidad
 - (5) comportamiento irritable o agresivo con o sin provocación
 - (6) ansiedad, depresión o labilidad emocional
 - (7) cambios de la personalidad (p. ej., comportamiento social o sexual inapropiados)
 - (8) apatía o falta de espontaneidad
- D. Los síntomas de los criterios B y C tienen su inicio después del traumatismo craneoencefálico o bien representan un empeoramiento significativo de síntomas preexistentes.
- E. Todas estas alteraciones provocan un deterioro significativo de la actividad social o laboral y representan una disminución significativa del nivel previo de actividad. En los niños de edad escolar este deterioro puede traducirse en un empeoramiento significativo del rendimiento escolar o académico a partir de la fecha del traumatismo.
- F. Estos síntomas no cumplen los criterios diagnósticos de la demencia debida a traumatismo craneoencefálico y no se explican mejor por la presencia de cualquier otro trastorno mental (p. ej., trastorno amnésico debido a traumatismo craneoencefálico, cambio de la personalidad debido a traumatismo craneoencefálico).

Trastorno neurocognoscitivo leve

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la aparición de un deterioro de la actividad neurocognoscitiva debido a una enfermedad médica. Por definición, el nivel de deterioro cognoscitivo y su impacto sobre la actividad diaria es de carácter leve (p. ej., el individuo es capaz de compensar parcialmente su deterioro cognoscitivo mediante un esfuerzo adicional). Los individuos con este trastorno presentan déficit de nueva aparición en al menos dos áreas cognoscitivas, por ejemplo, en la memoria (aprendizaje o evocación de información nueva), en el plano ejecutivo (p. ej., planificación, razonamiento), en la capacidad para fijar la atención o en la velocidad del procesamiento de información (p. ej., concentración, rapidez de la asimilación o del análisis de datos), en el terreno perceptivo-motor (p. ej., integración de información visual, táctil o auditiva con las actividades motoras) o en el lenguaje (p. ej., dificultad para encontrar las palabras, deterioro de la fluidez verbal). Estas alteraciones cognoscitivas deben ser corroboradas por tests neuropsicológicos o técnicas estandarizadas de evaluación. Por otra parte, esta afectación cognoscitiva provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, y representa un empeoramiento respecto al nivel de función previo. Los síntomas cognoscitivos no cumplen los criterios diagnósticos de un delirium, una demencia o un tras-

torno amnésico y no se explican mejor por la presencia de cualquier otro trastorno mental (p. ej., trastorno relacionado con sustancias, trastorno depresivo mayor).

Síntomas asociados

La posible asociación de otros síntomas depende de la enfermedad médica subyacente. En algunas enfermedades crónicas (p. ej., hipoxemia, desequilibrios electrolíticos) el perfil cognoscitivo suele caracterizarse por un deterioro general de todas las funciones cognoscitivas. Otras enfermedades médicas o neurológicas producen una afectación de las áreas cognoscitivas que sugiere una participación cerebral más bien «subcortical» (p. ej., deterioro desproporcionado de la capacidad de concentración y aprendizaje de datos nuevos y de la velocidad y eficacia con que éstos se procesan). Entre estas patologías se incluyen los primeros estadios de la corea de Huntington, del trastorno neurocognoscitivo debido al VIH y de la enfermedad de Parkinson. Otras entidades (p. ej., el lupus eritematoso sistémico) se asocian más a menudo con un patrón de afectación multifocal o lacunar. El EEG puede mostrar un enlentecimiento moderado de la actividad de fondo del cerebro o alteraciones de los potenciales evocados. El deterioro cognoscitivo leve, incluso en las primeras fases de la enfermedad de Alzheimer, se presenta frecuentemente sin cambios específicos en las exploraciones con técnicas por la imagen como la resonancia magnética (RM) o la tomografía computarizada (TC). Es más probable que aparezcan alteraciones de esta índole con el uso de técnicas por la imagen más funcionales (tomografía computarizada por emisión simple de fotones [TCESF], tomografía por emisión de positrones [TEP] o RM funcional). El curso dependerá siempre de la enfermedad subyacente. En algunos casos el deterioro cognoscitivo progresa lentamente hasta que al final puede calificarse correctamente como demencia (p. ej., primeros estadios de la enfermedad de Alzheimer, de la corea de Huntington y de otros procesos neurodegenerativos de desarrollo lento y progresivo). En otros casos el trastorno mejora lentamente, como en la recuperación gradual que caracteriza al hipotiroidismo. En ocasiones los trastornos cognoscitivos secundarios a desequilibrios metabólicos graves o a enfermedades infecciosas se resuelven parcialmente dejando un déficit residual irreversible.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV los individuos que cumplen estos criterios de investigación reciben el diagnóstico de **trastorno cognoscitivo no especificado**.

Aunque no existe una frontera clara que diferencie perfectamente la **demencia** del trastorno neurocognoscitivo leve, este último da lugar a un menor deterioro y un menor impacto en el quehacer diario, y las alteraciones en el plano de la memoria no constituyen un requisito imprescindible para efectuar el diagnóstico. El trastorno neurocognoscitivo leve también puede confundirse con un **delirium** de progresión lenta, especialmente cuando todavía se halla en sus primeras fases. Para diferenciar el trastorno neurocognoscitivo leve del **trastorno amnésico** basta con recordar que el primero lleva consigo un deterioro cognoscitivo de al menos dos áreas. Por otra parte, no debe considerarse el trastorno neurocognoscitivo leve si los síntomas cumplen los criterios para el **trastorno relacionado con sustancias** (se incluyen aquí los efectos secundarios de un medicamento). En estos casos, obviamente, se debe establecer el diagnóstico de trastorno relacionado con sustancias no especificado.

El **trastorno posconmocional**, otra de las categorías incluidas en este apéndice (v. pág. 720), se diferencia del trastorno neurocognoscitivo leve por la presencia de un cuadro sintomático específico y por una etiología concreta (p. ej., traumatismo craneoencefálico cerrado).

Las alteraciones neurocognoscitivas leves se suelen asociar a varios **trastornos mentales** (p. ej., trastorno depresivo mayor). El diagnóstico de trastorno neurocognoscitivo leve sólo debe

establecerse cuando la afectación cognoscitiva se explique mejor por los efectos directos de una enfermedad médica que por los de un trastorno mental. Los individuos con **deterioro cognoscitivo relacionado con la edad** pueden presentar niveles similares de afectación cognoscitiva, si bien éstos se consideran más como una parte del proceso fisiológico de envejecimiento que como una alteración atribuible a una enfermedad médica. Otros individuos también pueden manifestar **síntomas subjetivos de deterioro de las funciones cognoscitivas** que no son corroborados mediante tests neuropsicológicos o bien no se consideran relacionados con una enfermedad médica. En estos casos tampoco se diagnosticará trastorno neurocognoscitivo leve.

■ Criterios de investigación para el trastorno neurocognoscitivo leve

- A. Afectación de dos (o más) de las siguientes áreas cognoscitivas que tiene lugar al menos durante 2 semanas (según el individuo o un testimonio fiable):
 - (1) deterioro de la memoria que se traduce en una reducción de la capacidad para aprender o evocar información
 - (2) alteraciones en el terreno ejecutivo (p. ej., planificación, organización, ordenación y abstracción)
 - (3) alteraciones de la atención o de la velocidad para el procesamiento de información
 - (4) deterioro de la capacidad perceptivo-motora
 - (5) deterioro del lenguaje (p. ej., comprensión, búsqueda de palabras)
- B. La exploración física o de laboratorio (se incluyen las técnicas por neuroimagen) aporta pruebas objetivas de una enfermedad médica o neurológica que se considera etiológicamente relacionada con el trastorno cognoscitivo.
- C. Los tests neuropsicológicos o las técnicas de evaluación cognoscitiva cuantificadas ponen de manifiesto anomalías o empeoramiento del rendimiento.
- D. Los déficits cognoscitivos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y representan un empeoramiento respecto al nivel previo de funcionamiento.
- E. La alteración cognoscitiva no cumple los criterios diagnósticos del delirium, la demencia o el trastorno amnésico y no se explica mejor por la presencia de cualquier otro trastorno mental (p. ej., trastorno relacionado con sustancias, trastorno depresivo mayor).

Abstinencia de caféina

Características diagnósticas

La característica esencial consiste en un síndrome de abstinencia característico secundario al abandono o la reducción súbita del consumo de productos que contienen caféina en individuos

que hasta entonces la tomaban con asiduidad. El síndrome incluye dolor de cabeza y uno (o más) de los siguientes síntomas: fatiga o somnolencia acusadas, ansiedad o depresión evidentes y náuseas o vómitos. Estos síntomas parecen tener una mayor prevalencia entre los individuos con un consumo elevado (500 mg/día) pero puede aparecer igualmente en individuos con un consumo mucho menor. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, no son debidos al efecto fisiológico directo de una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de cualquier otro trastorno mental.

Síntomas asociados

Entre los síntomas asociados se incluyen un fuerte deseo por la cafeína y un empeoramiento de la actividad cognoscitiva (especialmente en lo que se refiere a las tareas de vigilancia). Los síntomas pueden iniciarse en las primeras 12 horas posteriores al abandono de la cafeína, llegar a su máxima expresión a las 24-48 horas y durar incluso 1 semana. Puede que algunos individuos soliciten ayuda terapéutica para combatir estos síntomas, sin caer en la cuenta de que son debidos al abandono de la cafeína.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV los individuos que cumplen estos criterios de investigación son diagnosticados de **trastorno relacionado con la cafeína no especificado**.

Para una discusión general acerca del diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias, véase la página 196. Los síntomas no deben ser secundarios al efecto fisiológico directo de una enfermedad médica (p. ej., migraña, enfermedad vírica) y no se explican mejor por la presencia de cualquier otro trastorno mental. El dolor de cabeza, la fatiga y las náuseas o vómitos debidos a una enfermedad médica o al inicio o abandono de un tratamiento farmacológico pueden dar lugar a un cuadro clínico similar al de la abstinencia de cafeína. Por otra parte, síntomas característicos de la abstinencia de cafeína como la somnolencia, la fatiga y los cambios del estado de ánimo pueden parecerse a la **abstinencia de cocaína o de amfetamina**. La relación temporal de estos síntomas con el momento del abandono del consumo de cafeína, así como su curso limitado, ayudan a establecer el diagnóstico. Si éste todavía resulta dudoso, puede ser útil intentar suprimir los síntomas reiniciando el consumo de cafeína.

■ Criterios de investigación para la abstinencia de cafeína

- A. Consumo diario de cafeína durante un período de tiempo prolongado.
- B. Abandono o reducción súbitos del consumo de cafeína, seguido de dolores de cabeza y uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - (1) fatiga o somnolencia acusadas
 - (2) ansiedad o depresión evidentes
 - (3) náuseas o vómitos

(continúa)

Criterios de investigación para la abstinencia de cafeína
(continuación)

- C. Los síntomas del Criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (p. ej., migraña, enfermedad vírica) y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Descriptorios dimensionales alternativos para la esquizofrenia

Debido a las limitaciones de los subtipos clásicos de la esquizofrenia (v. pág. 292), se ha sugerido un modelo dimensional sustentado en tres factores (psicótico, desorganizado y negativo) para describir los síntomas basales y momentáneos del paciente esquizofrénico. En el factor psicótico se incluyen delirios y alucinaciones. El factor desorganizado engloba síntomas como lenguaje y comportamientos desorganizados, y afectividad inapropiada. Por último, el factor negativo incluye síntomas negativos. Varios estudios sugieren que la gravedad de los síntomas encuadrados en cada uno de los tres factores tiende a variar de forma paralela, tanto puntualmente como a lo largo del tiempo, mientras que esto no sucede tan acusadamente cuando analizamos síntomas pertenecientes a factores distintos. Por ejemplo, a medida que los delirios adquieren más gravedad, las alucinaciones tienden a evolucionar de forma similar. En cambio, la gravedad de los síntomas negativos o desorganizados no guarda tanta relación con la gravedad de las alucinaciones o los delirios. Un modelo de acercamiento a la heterogeneidad clínica de la esquizofrenia propone que cada una de las tres dimensiones podría representar distintos procesos fisiopatológicos subyacentes y dar lugar a respuestas terapéuticas diferentes. En la práctica clínica suelen hallarse varias combinaciones de gravedad en las tres dimensiones, y es relativamente raro detectar la presencia de una dimensión en ausencia total de las dos restantes. El siguiente cuadro propone un sistema para la aplicación de estas dimensiones en estudios clínicos o de investigación.

■ **Descriptorios dimensionales alternativos para la esquizofrenia**

Especificar: para cada dimensión, ausente, leve, moderado o grave. La importancia de estas dimensiones puede hacer referencia al episodio actual (p. ej., durante los últimos 6 meses), al curso vital del trastorno o a ambos aspectos.

dimensión psicótica (alucinaciones/delirios): describe el grado en que se han presentado alucinaciones y delirios

dimensión desorganizada: describe el grado en que se han presentado lenguaje o comportamiento desorganizados, o afectividad inapropiada

dimensión negativa (déficit): describe el grado en que se han presentado síntomas negativos (p. ej., aplanamiento afectivo, alogia, inhibición). **Nota:** No se incluyen los síntomas que parecen secundarios a una depresión, a los efectos adversos de un medicamento o a los propios delirios o alucinaciones.

A continuación se exponen dos ejemplos que incluyen el subtipo del DSM-IV, las especificaciones de curso y el enfoque dimensional propuesto.

Ejemplo 1

F20.00 Esquizofrenia, tipo paranoide, continua [295.30]

En el momento actual:

- Con dimensión psicótica grave
- Con dimensión desorganizada ausente
- Con dimensión negativa moderada

Sintomatología basal:

- Con dimensión psicótica leve
- Con dimensión desorganizada ausente
- Con dimensión negativa leve

Ejemplo 2

F20.52 Esquizofrenia, tipo residual, episódica con síntomas residuales [295.60]

En el momento actual:

- Con dimensión psicótica leve
- Con dimensión desorganizada leve
- Con dimensión negativa leve

Sintomatología basal:

- Con dimensión psicótica moderada
- Con dimensión desorganizada leve
- Con dimensión negativa leve

Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la presencia de un episodio depresivo mayor (v. página 326) que se superpone y aparece exclusivamente durante la fase residual de la esquizofrenia, es decir, que aparece inmediatamente después de la fase activa (p. ej., síntomas que cumplen el Criterio A de la esquizofrenia) de la enfermedad. Este trastorno depresivo se caracteriza por la persistencia de síntomas negativos o bien síntomas atenuados de la fase activa (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas poco usuales). Este episodio depresivo mayor debe incluir la presencia de un estado de ánimo deprimido (p. ej., la pérdida del interés o del placer no anula la necesidad de que exista tristeza o estado de ánimo deprimido). Lo más frecuente es que el episodio depresivo mayor tenga lugar inmediatamente después de la remisión de la fase activa del episodio psicótico. En ocasiones aparece después de un período de tiempo más o menos prolongado en el que no hay síntomas psicóticos. Para establecer el diagnóstico de trastorno depresivo pospsicótico no deben tenerse en cuenta las alteraciones del estado de ánimo debidas a los efectos fisiológicos directos de drogas, medicamentos o de una enfermedad médica.

Síntomas asociados

La soledad y la precariedad de apoyos sociales suelen diferenciar al individuo con trastorno depresivo pospsicótico del sujeto esquizofrénico que no lo presenta. Entre otros facto-

res de riesgo se incluye una extensa historia de hospitalizaciones, de recaídas psicóticas estando bajo tratamiento neuroléptico, de brotes psicóticos de inicio insidioso, de episodios previos de depresión y de intentos de suicidio. También es posible encontrar, entre otros, desencadenantes del tipo de pérdidas recientes y acontecimientos vitales desagradables. Hasta un 25 % de los individuos esquizofrénicos puede llegar a padecer este trastorno depresivo en algún momento de su enfermedad. Varones y mujeres son igualmente propensos, y el hecho de padecer este trastorno depresivo parece predisponer, en comparación con los esquizofrénicos que no sufren depresión, a un mayor índice de recaídas de episodios psicóticos o de rehospitalizaciones. Los individuos esquizofrénicos con familiares de primer grado con historia de trastorno depresivo mayor podrían presentar un mayor riesgo de sufrir depresiones pospsicóticas. Por último, cabe decir que el trastorno depresivo mayor se asocia a ideas, intentos y consumaciones de suicidio.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV los individuos que cumplen estos criterios de investigación reciben el diagnóstico de **trastorno depresivo no especificado**.

El **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica** se diferencia del trastorno depresivo pospsicótico por el hecho de que el primero se debe a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad subyacente (p. ej., hipotiroidismo). Del mismo modo, el **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** responde a los efectos fisiológicos directos que se derivan del consumo de una droga (p. ej., alcohol, cocaína) o a los efectos secundarios de un medicamento determinado. Los individuos esquizofrénicos suelen seguir un tratamiento neuroléptico de fondo, que puede dar lugar, de forma secundaria, a disforia o trastornos del movimiento, los cuales, a su vez, pueden confundirse con síntomas propiamente depresivos. El **parkinsonismo inducido por neurolépticos**, en su forma acinéctica (v. pág. 752), se caracteriza por una reducción de la capacidad para iniciar o mantener movimientos, lo cual puede conducir a una pérdida de espontaneidad o anhedonia. La **acatista inducida por neurolépticos** (v. pág. 760), a la cual pueden asociarse también un estado de ánimo deprimido e ideas de suicidio, puede ser confundida con ansiedad o agitación. La modificación de las dosis o el cambio del fármaco empleado ayudan a mitigar estos efectos secundarios y, en consecuencia, a clarificar el origen de tales síntomas.

El diagnóstico diferencial entre los síntomas depresivos pospsicóticos y los **síntomas negativos de la esquizofrenia** (p. ej., abulia, alogia y aplanamiento afectivo) es a veces muy difícil. Los síntomas negativos deben diferenciarse de los restantes síntomas de depresión (p. ej., tristeza, sentimientos de culpabilidad, vergüenza, desesperanza, sensación de impotencia y baja autoestima). En el **trastorno esquizoaffectivo** y en el **trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos** debe haber un período de superposición entre el episodio psicótico y el depresivo en un momento dado. Por el contrario, en el trastorno depresivo pospsicótico los síntomas típicos de un episodio depresivo mayor sólo aparecen en la fase residual de la esquizofrenia.

La **desmoralización** puede aparecer en el transcurso de una esquizofrenia, pero sólo debe calificarse como depresión pospsicótica cuando se cumplan todos los criterios diagnósticos de esta última. El **trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido** se diferencia del trastorno depresivo pospsicótico de la esquizofrenia en que los síntomas depresivos del trastorno adaptativo no cumplen los criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor.

■ Criterios de investigación para el trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia

- A. Se cumplen los criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor.

Nota: El episodio depresivo mayor debe cumplir el Criterio A1: estado de ánimo deprimido. No deben incluirse los síntomas que correspondan más probablemente a los síntomas negativos de la esquizofrenia o a los efectos secundarios de un medicamento.

- B. El episodio depresivo mayor se superpone y aparece exclusivamente durante la fase residual de la esquizofrenia.
- C. El episodio depresivo mayor no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

Trastorno deteriorante simple (esquizofrenia simple)

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la aparición de signos negativos capaces de producir por sí mismos un cambio evidente del nivel previo de actividad. Estos síntomas son de suficiente gravedad como para dar lugar a un empeoramiento significativo de las actividades académica o laboral. Si alguna vez ha habido síntomas psicóticos positivos (p. ej., alucinaciones, delirios, lenguaje o comportamiento desorganizados, comportamiento catatónico), éstos han sido poco importantes. Este patrón sólo debe considerarse después de descartar las restantes causas que pudieran explicar tal deterioro, es decir, cuando el cuadro no encaje con un trastorno esquizoide o esquizotípico de la personalidad; con un trastorno psicótico, del estado de ánimo o de ansiedad; con una demencia; con un retraso mental, ni cuando los síntomas sean debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica. Hay una aparición lenta y progresiva de síntomas negativos durante un período de al menos 1 año a partir de la adolescencia. Las respuestas emocionales son embotadas, superficiales, insulsas y vacías. La conversación se empobrece, tanto en palabras como en contenido. El cambio de «personalidad» es evidente, con una acusada afectación de las relaciones interpersonales. Las relaciones íntimas pueden perder calor y reciprocidad, y la interacción social acostumbra a ser difícil y delicada, lo que da lugar a aislamiento y soledad. La apatía sustituye a la iniciativa, y la abulia a la ambición. La pérdida de intereses llega a afectar actividades cotidianas como el cuidado y la higiene. La persona puede parecer distraída y ausente. Las aptitudes laborales o académicas desaparecen, lo que se traduce primero en empleos sencillos y de corta duración, y finalmente en desempleo.

Síntomas asociados

En esta entidad puede haber cualquiera de los síntomas típicos del trastorno esquizoide o esquizotípico de la personalidad. Los más frecuentes son peculiaridades del comportamiento, falta de higiene, sobrestimación de ideas extrañas o experiencias perceptivas inusuales, por ejemplo, ilusiones. El trastorno se observa en adolescentes o en adultos de ambos sexos. Todavía no se dispone de

estimaciones fiables de prevalencia e incidencia, pero es obvio que el trastorno es raro. El curso, al menos durante los primeros 5 años, sigue una pendiente descendente progresiva, con un deterioro general innegable. Este deterioro es parecido al curso que caracteriza la esquizofrenia y permite diferenciarlo de los trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad. También pueden aparecer síntomas típicos del Criterio A para la esquizofrenia, en cuyo caso éste debe ser el diagnóstico. En estas situaciones este patrón de síntomas progresivamente negativos no ha sido más que un breve pródromo de una esquizofrenia. En otros casos este patrón pierde entidad, algo que también puede suceder en la propia esquizofrenia. Sin embargo, en la mayoría de los individuos el curso es continuo, iniciándose con síntomas prodrómicos a los que siguen un deterioro progresivo durante los primeros 2 años y un estado final estable, con una capacidad funcional marginal y reducida.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV los individuos que cumplen estos criterios de investigación reciben el diagnóstico de **trastorno mental inespecífico**.

El trastorno deteriorante simple sólo debe contemplarse tras excluir otras entidades capaces de explicar este deterioro general. El curso y los síntomas de este trastorno se diferencian de las entidades incluidas en la sección «Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos» por la ausencia de síntomas psicóticos positivos relevantes. En esta sección se incluye la **esquizofrenia**, el **trastorno esquizoafectivo**, el **trastorno esquizofreniforme**, el **trastorno psicótico breve**, el **trastorno delirante**, el **trastorno psicótico compartido** y el **trastorno psicótico no especificado**, la totalidad de los cuales requieren para su diagnóstico la presencia de al menos un síntoma positivo durante algún tiempo. El trastorno deteriorante simple se diferencia de los **trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad** y de otros trastornos de la personalidad por la existencia de un cambio evidente de la personalidad y un deterioro general significativo. Por el contrario, los trastornos de la personalidad representan patrones continuos donde destaca la ausencia de deterioro progresivo. Los **trastornos del estado de ánimo** pueden simular la apatía y la anhedonia del trastorno deteriorante simple, si bien en ellos existe una afectividad depresiva (tristeza, desesperanza, sensación de impotencia, sentimientos de culpa dolorosos) y un curso más bien episódico. Además, en el trastorno deteriorante simple destaca un sentimiento de vacío por encima de un estado de ánimo eminentemente depresivo, y el curso es continuo y progresivo. El diagnóstico diferencial con el **trastorno distímico** puede ser más difícil, ya que en éste el curso también puede ser continuo y los síntomas vegetativos y el estado de ánimo deprimido pueden no ser acusados. El trastorno deteriorante simple puede parecerse a la **dependencia crónica de una sustancia** y sólo debe considerarse cuando el cambio de personalidad y el deterioro general precedan al consumo de la sustancia. En el **cambio de personalidad debido a una enfermedad médica** destaca la presencia de una enfermedad subyacente como etiología. El deterioro cognoscitivo del trastorno deteriorante simple puede confundirse con un **retraso mental** o una **demencia**. El retraso mental se caracteriza por su típico inicio en la primera o segunda infancia. En la demencia destaca la presencia de una enfermedad médica o el consumo de una sustancia como factores etiológicos.

Probablemente el diagnóstico diferencial más difícil es el que hay que establecer con el **trastorno no mental**. El trastorno deteriorante simple suele convertir al individuo en un miembro marginado de la sociedad, lo cual no significa, sin embargo, que la mayoría de los individuos marginados de la sociedad padezcan necesariamente este trastorno. Los rasgos definitorios del trastorno deteriorante simple consisten en síntomas negativos, que pueden diluirse en la normalidad mucho más fácilmente de lo que lo hacen los síntomas positivos, y pueden además confundirse con muchos otros procesos (v. la exposición relacionada con este punto en la sección «esquizofrenia», pág. 281). Por tanto, hay que guardar una especial precaución con el fin de no aplicar demasiado ampliamente el diagnóstico de trastorno deteriorante simple.

■ Criterios de investigación para el trastorno deteriorante simple (esquizofrenia simple)

- A. Aparición progresiva de cada uno de los siguientes síntomas durante al menos 1 año:
- (1) empeoramiento significativo de la actividad laboral o académica
 - (2) aparición y agravamiento gradual de síntomas negativos como aplanamiento afectivo, alogia y abulia
 - (3) relaciones interpersonales pobres, aislamiento o retraimiento sociales
- B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.
- C. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoide o esquizotípico de la personalidad, un trastorno psicótico, un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad, una demencia o un retraso mental, y no se deben a los efectos fisiológicos directos del consumo de una sustancia o de una enfermedad médica.

Trastorno disfórico premenstrual

Características diagnósticas

Las características esenciales de este trastorno consisten en la presencia de síntomas del tipo de estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad, labilidad emocional y pérdida del interés por cualquier actividad. Estos síntomas han venido apareciendo regularmente durante la última semana de la fase lútea de la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Los síntomas empiezan a remitir durante los primeros días de la menstruación (inicio de la fase folicular) y han desaparecido siempre en el transcurso de la semana posterior a la hemorragia menstrual.

Se requiere la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas la mayor parte del tiempo durante la última semana de la fase lútea, teniendo en cuenta que uno de los síntomas ha de ser alguno de los cuatro primeros: 1) tristeza, desesperanza o autodesaprobación; 2) tensión, ansiedad o impaciencia; 3) estado de ánimo marcadamente lábil, al que se añade llanto frecuente; 4) irritabilidad o enfado persistentes y aumento de los conflictos interpersonales; 5) pérdida de interés por las actividades habituales, a lo que puede asociarse un cierto distanciamiento en las relaciones sociales; 6) dificultad para concentrarse; 7) sensación de fatiga, letargia o falta de energía; 8) cambios acusados del apetito, que a veces pueden acompañarse de atracones o antojos por una determinada comida; 9) hipersomnias o insomnio; 10) sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control, y 11) síntomas físicos como hipersensibilidad o crecimiento mamario, dolores de cabeza o sensación de hinchazón o ganancia de peso, con dificultad para ajustarse la ropa, el calzado o los anillos. También pueden aparecer dolores articulares o musculares, y paralelamente a este cuadro sintomático, pueden aparecer ideas de suicidio.

Todos estos síntomas deben haberse producido la mayoría de los meses del último año, y es definitoria su completa desaparición poco después del inicio de la menstruación. El patrón más típico parece ser el que se caracteriza por la aparición de los síntomas en la semana que antecede a

la menstruación y su completa desaparición al segundo día de iniciarse ésta. De forma atípica, algunas mujeres también presentan síntomas en los días próximos a la ovulación; por tanto, el pequeño porcentaje de mujeres con ciclos menstruales más cortos puede que sólo se libere del cuadro sintomático 1 semana al mes.

Típicamente, la gravedad de estos síntomas acostumbra a ser similar a la del episodio depresivo mayor (no así su duración), y es necesario que en la semana precedente al inicio de la menstruación haya una evidente afectación de las relaciones sociales y laborales. Este deterioro del comportamiento social puede traducirse en discusiones conyugales y conflictos con la familia y los amigos. Es fundamental no confundir los problemas conyugales o laborales de siempre con aquellos que sólo aparecen en los días previos a la menstruación. Existe un enorme contraste entre el estado de ánimo deprimido y la dificultad para realizar cualquier actividad en esos días premenstruales y el humor y la capacidad que caracterizan a la persona el resto del mes. Estos síntomas pueden añadirse a cualquier otro trastorno, por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, trastorno distímico o trastorno de la personalidad, pero no constituyen una mera exacerbación de ellos. La presencia de un cuadro sintomático cíclico debe confirmarse mediante técnicas de cuantificación prospectiva de los síntomas diarios durante al menos 2 meses consecutivos. Esta cuantificación diaria debe ser efectuada por la propia paciente o por quienes conviven con ella. Es importante que estos registros se lleven al día y no de forma retrospectiva, basándose en el simple recuerdo.

Síntomas asociados

Las mujeres que han padecido de forma recidivante un trastorno depresivo mayor o un trastorno bipolar I o II, o bien aquellas que cuentan con antecedentes familiares de dichos trastornos tienen un riesgo superior de presentar alteraciones que cumplan los criterios de investigación para el trastorno disfórico premenstrual. De forma similar, las mujeres que presentaron en el período posparto episodios graves de tipo psicótico, maniaco o depresivo mayor son más propensas a presentar graves cambios disfóricos del estado de ánimo de carácter premenstrual. Es frecuente también encontrar antecedentes de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Aunque son raros, también se han descrito delirios y alucinaciones de aparición en la última semana de la fase lútea del ciclo menstrual.

Si bien las mujeres que presentan simultáneamente dismenorrea (hemorragias dolorosas) y trastorno disfórico premenstrual solicitan más ayuda terapéutica que las que padecen uno solo de los trastornos, estas últimas representan la gran mayoría. Una gran variedad de enfermedades médicas pueden agravarse durante la fase lútea o premenstrual (p. ej., migraña, asma, alergias y epilepsia). Por el momento no existen pruebas específicas de laboratorio que permitan diagnosticar con seguridad este trastorno. Sin embargo, tal y como revelan diversos estudios preliminares, en los grupos de mujeres que cumplen los criterios de investigación para este trastorno se han detectado alteraciones de algunas pruebas analíticas (p. ej., ritmos de secreción de serotonina y melatonina, hallazgos EEG del sueño) con respecto a grupos de control.

Se estima que al menos un 75 % de las mujeres describe cambios premenstruales menores o aislados. Estudios todavía limitados sugieren que la incidencia del «síndrome premenstrual» (definido de forma desigual) es del 20-50 % y que entre un 3 y un 5 % de las mujeres experimenta síntomas que cumplen los criterios de investigación para el trastorno disfórico premenstrual. Hay muy pocos estudios sistemáticos sobre el curso y la estabilidad de este trastorno. Los síntomas premenstruales pueden iniciarse a cualquier edad después de la menarquía, si bien el inicio suele situarse en la segunda o tercera décadas de la vida. Las mujeres que solicitan ayuda terapéutica suelen rondar los 30 años. La menopausia acostumbra a poner fin al trastorno. Aunque los síntomas no aparecen todos los meses, sí lo hacen en la mayoría de ellos. En algunos meses los síntomas pue-

den ser más acusados. Las mujeres suelen declarar que los síntomas empeoran a medida que pasan los años, para finalmente remitir con la llegada de la menopausia.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV las mujeres que cumplen estos criterios de investigación reciben el diagnóstico de **trastorno depresivo no especificado**.

Los cambios transitorios del estado de ánimo que muchas mujeres experimentan coincidiendo con la menstruación no deben considerarse trastorno mental. Sólo se contemplará el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual si los síntomas interfieren marcadamente en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales (p. ej., evitación de actividades sociales, disminución de la productividad y eficiencia en el ámbito laboral o escolar). El trastorno disfórico premenstrual puede diferenciarse del «**síndrome premenstrual**» mediante técnicas de valoración diaria y prospectiva de los síntomas y la aplicación estricta de los criterios de investigación expuestos más adelante. En definitiva, la diferencia entre uno y otro puede establecerse en base a un patrón sintomático característico, su gravedad y el deterioro que provoca.

El trastorno disfórico premenstrual debe diferenciarse también de la **exacerbación premenstrual de un trastorno mental** (p. ej., trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, bulimia nerviosa, trastornos por consumo de sustancias, y trastornos de la personalidad). Sin embargo, en estas alteraciones (que son mucho más frecuentes que el trastorno disfórico premenstrual), si bien existe un agravamiento premenstrual de los síntomas, éstos persisten a lo largo del mes. Aunque el diagnóstico no debe establecerse en mujeres que sólo experimentan exacerbaciones premenstruales de otro trastorno mental, a veces deben diagnosticarse ambos si la mujer experimenta síntomas y cambios del nivel de actividad que son característicos del trastorno disfórico premenstrual y que se diferencian claramente del cuadro que caracteriza el trastorno mental subyacente.

Las mujeres que padecen una **enfermedad médica** pueden manifestar síntomas de disforia y fatiga que se exacerban durante el período menstrual. Como ejemplos de tales enfermedades cabe mencionar trastornos comiciales, enfermedades del tiroides u otras endocrinopatías, cáncer, lupus eritematoso sistémico, ciertas anemias, endometriosis y algunas infecciones. Estas enfermedades médicas se diferencian del trastorno disfórico premenstrual mediante la historia clínica, la exploración física y las pruebas de laboratorio.

■ Criterios de investigación para el trastorno disfórico premenstrual

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante la mayor parte del día de la última semana de la fase lútea de la mayoría de los ciclos menstruales del último año, que empiezan a remitir 2 días después del inicio de la fase folicular y que desaparecen completamente en la semana siguiente a la menstruación, teniendo en cuenta que al menos uno de estos síntomas debe ser alguno de los cuatro primeros:
- (1) estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza e ideas de auto-desaprobación acusadas

(continúa)

Criterios de investigación para el trastorno disfórico premenstrual
(continuación)

- (2) ansiedad, tensión, sensación de agobio o de estar «al límite»
- (3) labilidad emocional evidente (p. ej., ataques de tristeza, llanto o hipersensibilidad ante el rechazo)
- (4) enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente
- (5) pérdida del interés por las actividades cotidianas (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones)
- (6) sensación subjetiva de dificultad para concentrarse
- (7) letargia, fatigabilidad fácil o falta evidente de energía
- (8) cambios significativos del apetito, atracones o antojos por determinadas comidas
- (9) hipersomnia o insomnio
- (10) sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control
- (11) otros síntomas físicos como hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario, dolores de cabeza, molestias articulares o musculares, sensación de hinchazón o ganancia de peso

Nota: En las mujeres fértiles la fase lútea corresponde al período de tiempo comprendido entre la ovulación y el inicio de la hemorragia menstrual, que da paso a la fase folicular. En las mujeres amenorreicas (p. ej., las que han sido histerectomizadas), la determinación de las fases lútea y folicular puede requerir la cuantificación analítica de las hormonas reproductoras circulantes.

- B. Estas alteraciones interfieren acusadamente con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales (p. ej., evitación de actividades sociales, disminución de la productividad y eficiencia en el ámbito laboral o académico).
- C. La alteración no representa una simple exacerbación de síntomas de otro trastorno, por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, trastorno distímico o trastorno de la personalidad (si bien en ocasiones el trastorno disfórico premenstrual se añade también a cualquiera de estos trastornos).
- D. Los Criterios A, B y C deben ser corroborados por técnicas de valoración diaria y prospectiva de los síntomas en al menos dos ciclos sintomáticos consecutivos. (El diagnóstico puede establecerse provisionalmente a la espera de dicha confirmación.)

Criterio B alternativo para el trastorno distímico

Durante bastante tiempo el trastorno distímico ha sido objeto de controversia, sobre todo en lo que se refiere a los síntomas que mejor lo definen. Los resultados de los trabajos de campo sobre los trastornos del estado de ánimo recogidos en el DSM-IV sugieren que la siguiente versión alternativa del Criterio B podría ajustarse más al trastorno distímico que la versión que figuraba en el DSM-III-R y todavía figura en el DSM-IV. Sin embargo, se decidió esperar a pruebas confir-

matorias adicionales antes de incorporar este nuevo Criterio B a la definición oficial del trastorno distímico.

■ Criterio B alternativo para el trastorno distímico

A. Presencia, durante el estado depresivo, de tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) baja autoestima o autoconfianza, o sensación de inadecuación
- (2) pesimismo, desesperación o desesperanza
- (3) pérdida generalizada del interés o del placer
- (4) aislamiento social
- (5) fatiga o cansancio crónicos
- (6) sentimientos de culpa, rumiación sobre el pasado
- (7) sensación subjetiva de irritabilidad o ira excesivas
- (8) disminución de la actividad, eficiencia o productividad
- (9) dificultades para pensar, lo que se traduce en pobreza de concentración y de memoria o en indecisión

Trastorno depresivo menor

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la presencia de uno o más episodios de síntomas depresivos con una duración idéntica a los de la depresión mayor, pero con menos síntomas y un menor deterioro global. Un episodio de estas características comporta un estado de ánimo triste o «deprimido», o una pérdida del interés o del placer ante prácticamente cualquier actividad. En definitiva, debe haber más de dos síntomas adicionales, pero menos de cinco. Para una descripción más detallada del cuadro sintomático característico, consúltese el texto del episodio depresivo mayor (pág. 326). En el inicio del episodio los síntomas son de nueva aparición o representan un claro empeoramiento respecto al estado previo del individuo. En el transcurso del episodio estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos el rendimiento diario es casi normal, si bien esto se consigue a costa de un esfuerzo compensatorio significativo.

Hay varios trastornos que excluyen el diagnóstico de trastorno depresivo menor. Nunca debe haber habido un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco, ni tampoco deben cumplirse los criterios diagnósticos para el trastorno distímico o ciclotímico. Las alteraciones del estado de ánimo tampoco deben aparecer exclusivamente durante una esquizofrenia, un trastorno esquizoafectivo, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Síntomas asociados

La prevalencia de este trastorno, tal y como aquí se define, todavía no está clara, pero éste podría ser relativamente frecuente, en especial en los centros de asistencia primaria y en los ambu-

latorios de salud mental. Distintas enfermedades médicas (p. ej., accidente vascular cerebral, cáncer y diabetes) parecen asociarse al trastorno depresivo menor. Los estudios en familias indican una mayor prevalencia de este cuadro en los parientes de los probandos con trastorno depresivo mayor.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV los individuos que cumplen estos criterios de investigación reciben el diagnóstico de **trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido** si además los síntomas depresivos responden a un estresante psicosocial; en caso contrario, el diagnóstico apropiado será **trastorno depresivo no especificado**.

El episodio depresivo menor se diferencia del **episodio depresivo mayor** por el número de síntomas (dos a cuatro para el primero y un mínimo de cinco para el segundo). El trastorno que aquí se propone se considera una variante residual y no debe establecerse su diagnóstico si hay antecedentes de **episodio depresivo mayor**, **episodio maniaco**, **episodio mixto** o **episodio hipomaníaco**, o si el cuadro cumple los criterios para el **trastorno distímico** o **ciclotímico**. Los síntomas que cumplen los criterios de investigación para el trastorno depresivo menor pueden ser difíciles de diferenciar de los **períodos de tristeza** que caracterizan la vida diaria de un individuo normal. Pero en el trastorno depresivo menor es necesario que los síntomas estén presentes la mayor parte del día de casi todos los días durante al menos 2 semanas. Además, estos síntomas depresivos deben producir malestar clínicamente significativo. Por otra parte, los síntomas depresivos que aparecen como respuesta a la pérdida de un ser querido constituyen el denominado **duelo** (a no ser que se cumplan los criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor; v. página 326). El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se diferencia del trastorno depresivo menor en el hecho de que los síntomas depresivos vienen motivados por los efectos fisiológicos directos de una droga (p. ej., alcohol o cocaína) o por los efectos secundarios de un medicamento (p. ej., esteroides) (v. pág. 379). Los **trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica** se diferencian del trastorno depresivo menor en el hecho de ser secundarios a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad subyacente (p. ej., hipotiroidismo) (v. pág. 375). Puesto que los síntomas depresivos son frecuentes en los trastornos psicóticos, no deben considerarse aisladamente si sólo aparecen durante una **esquizofrenia**, un **trastorno esquizofreniforme**, un **trastorno esquizoafectivo**, un **trastorno delirante** o un **trastorno psicótico no especificado**. La relación entre el trastorno depresivo menor, otros trastornos propuestos en este apéndice (p. ej., trastorno depresivo breve recidivante, trastorno depresivo de la personalidad y trastorno mixto ansioso-depresivo) y otros trastornos de la personalidad todavía no está clara, pero es probable que puedan solaparse ampliamente entre ellos.

■ Criterios de investigación para el trastorno depresivo menor

A. Alteración del estado de ánimo, definida de la siguiente forma:

- (1) un mínimo de dos (y un máximo de cuatro) de los siguientes síntomas presentes durante un mismo período de 2 semanas y que han producido un cambio respecto al nivel previo de actividad. Al menos uno de los síntomas debe ser de (a) o (b):

(continúa)

Criterios de investigación para el trastorno depresivo menor
(continuación)

- (a) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, como lo describe el propio individuo (p. ej., se siente triste o vacío) o como lo describen los demás (p. ej., siempre parece estar llorando) **Nota:** En los niños o adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
 - (b) acusada disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día y casi todos los días (tal como lo indica el propio individuo o quienes le rodean)
 - (c) pérdida de peso significativa en ausencia de un régimen de adelgazamiento o ganancia de peso (p. ej., una variación en 1 mes de más del 5 % del peso corporal), o aumento o disminución del apetito casi cada día. **Nota:** En los niños hay que considerar la falta de ganancia de peso que se esperaba de acuerdo con su crecimiento
 - (d) insomnio o hipersomnia casi cada día
 - (e) agitación o entecimiento psicomotores casi cada día (objetivables por otros y no una mera sensación subjetiva de intranquilidad o entecimiento por parte del individuo)
 - (f) fatiga o falta de energía casi cada día
 - (g) sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o de culpa (que pueden revestir carácter delirante) casi cada día (no una mera sensación de autodesaprobación o de culpa por estar enfermo)
 - (h) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (tanto si la refiere el propio individuo como si la describen los demás)
 - (i) ideas recurrentes de muerte (no el simple miedo a morir), ideas recurrentes de suicidio sin un plan específico o bien intento de suicidio o plan específico para llevarlo a cabo
- (2) los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
 - (3) los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., droga, fármaco) o de una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo)
 - (4) los síntomas no se explican mejor por la existencia de un sentimiento de duelo (p. ej., reacción normal ante la muerte de un ser querido)
- B. Nunca ha habido un episodio depresivo mayor (v. pág. 333) y no se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno distímico.
- C. Nunca ha habido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. página 341) o un episodio hipomaníaco (v. pág. 344) y no se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno ciclotímico. **Nota:** No debe excluirse el diagnóstico de trastorno depresivo menor si todos los episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos están producidos por sustancias o tratamientos.
- D. Las alteraciones del estado de ánimo no aparecen exclusivamente durante una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno esquizoafectivo, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Trastorno depresivo breve recidivante

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la aparición con carácter recidivante de episodios de síntomas depresivos idénticos a los de la depresión mayor en cuanto a número y gravedad, pero con la salvedad de que no cumplen el criterio de duración de 2 semanas. Para una descripción más detallada de los síntomas característicos del episodio depresivo mayor, véase la página 326. Los episodios del trastorno que aquí se propone duran más de 2 días, pero menos de 2 semanas, siendo lo más típico una duración de 2 a 4 días. Los episodios se repiten una vez al mes como mínimo y durante un período de 12 meses consecutivos, y no se asocian exclusivamente al ciclo menstrual. Estos episodios depresivos breves provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos el rendimiento diario es casi normal, si bien esto se consigue a costa de un esfuerzo compensatorio significativo.

Existen varios trastornos que excluyen el diagnóstico de trastorno depresivo breve recidivante. Nunca debe haber habido un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco, y no se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno distímico o ciclotímico. Las alteraciones del estado de ánimo no aparecen exclusivamente durante una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno esquizoafectivo, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Síntomas asociados

El patrón de evolución y comorbilidad parece ser similar al del trastorno depresivo mayor. Los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos de ansiedad pueden asociarse a cualquiera de estos episodios, que, por otra parte, pueden seguir una cadencia estacional. La duración requerida para efectuar el diagnóstico, que es 1 año, representa según diversos estudios a un 7 % de los individuos (si bien, en general, este dato se asocia a la presencia de otros trastornos mentales). Varones y mujeres parecen igualmente propensos a padecer episodios depresivos breves recidivantes, y probablemente la edad de inicio más característica sea la adolescencia. Su complicación más grave son los intentos de suicidio. Los parientes de primer grado de los individuos con trastorno depresivo breve recidivante presentan más a menudo antecedentes de trastornos depresivos.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV los individuos que cumplen estos criterios de investigación reciben el diagnóstico de **trastorno depresivo no especificado**.

El episodio depresivo breve recidivante se diferencia del **episodio depresivo mayor** por su duración (2-13 días para el trastorno que aquí se propone y 2 semanas o más para el episodio depresivo mayor). El trastorno depresivo breve recidivante se considera una variante residual, y su diagnóstico no debe establecerse si hay antecedentes de **episodio depresivo mayor**, **episodio maníaco**, **episodio mixto** o **episodio hipomaníaco**, o bien si se cumplen los criterios diagnósticos para el **trastorno ciclotímico** o el **trastorno distímico**. El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se diferencia del trastorno que aquí se propone por el hecho de que los síntomas depresivos son debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga (p. ej., alcohol o cocaína) o a los efectos secundarios de un medicamento (p. ej., esteroides) (v. pág. 379). El **trastor-**

no del estado de ánimo debido a una enfermedad médica se diferencia de esta alteración en que los síntomas depresivos se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo) (v. pág. 375). Debido a que los síntomas depresivos son unas características frecuentes de los trastornos psicóticos, no se deben considerar aisladamente cuando aparezcan exclusivamente en el transcurso de una **esquizofrenia**, un **trastorno esquizofreniforme**, un **trastorno esquizoafectivo**, un **trastorno delirante** o un **trastorno psicótico no especificado**. El trastorno depresivo breve recidivante comparte algunas características con el **trastorno límite de la personalidad** (p. ej., en ambos hay síntomas depresivos breves y episódicos, como son tristeza o ideas de suicidio). Cuando coincidan un trastorno de la personalidad y un trastorno depresivo breve recidivante, pueden diagnosticarse ambos (en este caso el trastorno depresivo breve recidivante se considera un trastorno depresivo no especificado). La relación entre el trastorno depresivo breve recidivante y otros trastornos recogidos en este apéndice (p. ej., trastorno depresivo menor, trastorno depresivo de la personalidad y trastorno mixto ansioso-depresivo), así como con otros trastornos de la personalidad, todavía no está clara, pero es probable que puedan solaparse ampliamente entre ellos.

■ Criterios de investigación para el trastorno depresivo breve recidivante

- A. Se cumplen los criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor, con excepción de su duración (v. pág. 333).
- B. Los períodos depresivos descritos en el Criterio A duran un mínimo de 2 días y menos de 2 semanas.
- C. El episodio depresivo tiene lugar al menos una vez al mes en 12 meses consecutivos y no se asocia al ciclo menstrual.
- D. El episodio depresivo provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., droga, fármaco) o de una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- F. Nunca ha habido un episodio depresivo mayor (v. pág. 333) y no se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno distímico.
- G. Nunca ha habido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (ver página 341) o un episodio hipomaníaco (v. pág. 344) y no se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno ciclotímico. **Nota:** Esta exclusión no debe aplicarse si los episodios maníaco, mixto o hipomaníaco son inducidos por sustancias o por un tratamiento.
- H. La alteración del estado de ánimo no aparece exclusivamente durante una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno esquizoafectivo, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que tiene una duración de al menos 1 mes. Este estado de ánimo se acompaña de síntomas adicionales de idéntica duración, entre los cuales se incluyen un mínimo de cuatro de los siguientes: dificultades de concentración o de memoria, trastornos del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, desesperanza o pesimismo ante el futuro y baja autoestima o sentimientos de inutilidad. Estos síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El trastorno mixto ansioso-depresivo no debe considerarse cuando los síntomas se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica, o si en algún momento el individuo ha cumplido los criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada. Tampoco debe establecerse el diagnóstico si al mismo tiempo se cumplen los criterios para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo, aunque éstos se hallen en remisión parcial. También es preciso que el cuadro sintomático no pueda explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental. La mayor parte de la información inicial sobre esta entidad se ha recabado en los centros de asistencia primaria, donde el trastorno parece ser más frecuente; probablemente también tenga una mayor prevalencia entre pacientes ambulatorios.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV los individuos que cumplen estos criterios de investigación reciben el diagnóstico de **trastorno de ansiedad no especificado**.

El **trastorno de ansiedad relacionado con sustancias** se diferencia del trastorno mixto ansioso-depresivo por el hecho de que los síntomas de disforia son debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga (p. ej., alcohol o cocaína) o por los efectos adversos de un medicamento (p. ej., esteroides) (v. pág. 451). De forma similar, los síntomas de disforia del **trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica** se deben a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica (p. ej., feocromocitoma, hipertiroidismo) (v. pág. 448). Los síntomas descritos en el trastorno mixto ansioso-depresivo son también una frecuente característica **de muchos trastornos mentales**, por lo que no debe diagnosticarse aisladamente si puede atribuirse mejor a otro trastorno mental. Tampoco debe diagnosticarse un trastorno mixto ansioso-depresivo si el individuo presenta en este momento o tiene antecedentes de **trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada**, o si actualmente padece cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo (se incluyen los que se encuentren en remisión parcial). El trastorno mixto ansioso-depresivo también se diferencia del **trastorno no mental** por el hecho de que los síntomas son de carácter persistente o recurrente y provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La relación entre este trastorno y otras varias categorías propuestas que se incluyen en este apéndice (p. ej., trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante y trastorno depresivo de la personalidad), así como con otros trastornos de la personalidad, todavía no está clara, aunque es probable que puedan solaparse entre ellos.

■ Criterios de investigación para el trastorno mixto ansioso-depresivo

- A. Estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos 1 mes.
- B. El estado de ánimo disfórico se acompaña al menos durante 1 mes de un mínimo de cuatro de los siguientes síntomas:
 - (1) dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco
 - (2) trastornos del sueño (dificultades para iniciar o mantener el sueño, o sensación de insatisfacción al despertarse o de no haber descansado bien)
 - (3) fatiga o falta de energía
 - (4) irritabilidad
 - (5) preocupaciones
 - (6) llanto fácil
 - (7) hipervigilancia
 - (8) anticipación del peligro
 - (9) desesperanza (permanente pesimismo ante el futuro)
 - (10) baja autoestima o sentimientos de inutilidad
- C. Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) o de una enfermedad médica.
- E. Se cumplen las tres condiciones siguientes:
 - (1) nunca se han cumplido los criterios diagnósticos para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada
 - (2) en el momento actual no se cumplen los criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo (aunque se encuentren en remisión parcial)
 - (3) los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

Trastorno facticio por poderes

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la producción o simulación de forma deliberada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se halla a cargo del individuo. Típicamente, la víctima suele ser un niño pequeño y el perpetrador su madre. Se ha sugerido que el motivo que lleva al perpetrador a realizar este comportamiento depende de la necesidad psicológica de asumir el papel de paciente a través de otra persona. No hay incentivos externos que justifiquen el comportamiento, por ejemplo, una ganancia económica. El trastorno no puede expli-

carse mejor por la presencia de otro trastorno mental. El perpetrador induce o simula en la víctima un proceso patológico y luego acompaña a ésta al médico negando todo conocimiento sobre la etiología del proceso. La mayor parte de las enfermedades inducidas o simuladas conciernen a los aparatos digestivo y genitourinario y al sistema nervioso central; la simulación de trastornos mentales en la víctima es mucho menos frecuente. El tipo y la gravedad de los signos y síntomas que presenta la víctima están limitados exclusivamente por el grado de sofisticación médica y el margen de acción de que disponga el perpetrador. Los casos clínicos suelen caracterizarse por un curso atípico y unos resultados inconsistentes con el cuadro sintomático pretendido por la víctima y el perpetrador.

La víctima suele ser un niño en edad preescolar, aunque también pueden «emplearse» recién nacidos, adolescentes y adultos. Cuando afecta a niños mayores, debe considerarse la posibilidad de que víctima y perpetrador estén en realidad colaborando en la producción de los signos y síntomas. El perpetrador será diagnosticado de trastorno facticio por poderes. Para la víctima, puede anotarse abuso físico de menores (995.5) o abuso físico de adultos (995.81). Si hay colaboración entre el presunto perpetrador y la víctima, esta última también puede recibir el diagnóstico de trastorno facticio.

Síntomas y trastornos asociados

Diferentes desencadenantes, en especial conflictos conyugales, pueden provocar este comportamiento. Los individuos perpetradores pueden presentar mentira patológica (seudología fantástica) al relatar experiencias diarias y al describir al especialista la situación de la víctima. Es frecuente que estos individuos posean un notable dominio de temas relacionados con la salud y un amplio conocimiento del funcionamiento hospitalario. Sin embargo, sus evidentes conocimientos médicos suelen contrastar con la escasa preocupación que demuestran por la aparente gravedad de la patología que muestra la víctima. Esta última puede sufrir una tasa de morbilidad significativamente elevada a consecuencia de las enfermedades inducidas y tiene un mayor riesgo de presentar un trastorno facticio a medida que su personalidad vaya madurando. El papel de perpetrador suele ser encarnado por la madre, mientras que el padre o el marido pueden colaborar con ésta o actuar en solitario. El perpetrador también puede ser la esposa o cualquier persona que se halle a cargo de la víctima (p. ej., un cuidador del pequeño). A veces sale a relucir una historia de abusos físicos o sexuales en el perpetrador. También puede haber trastornos somatomorfos y trastornos de la personalidad.

El trastorno facticio por poderes acostumbra a coexistir con otro trastorno facticio, que suele permanecer oculto mientras el perpetrador es capaz de inducir o simular enfermedades facticias en otras personas. Cuando los individuos que encarnan el papel de perpetrador se enfrentan a las consecuencias de su comportamiento, pueden aparecer cuadros depresivos e ideas de suicidio. Algunos se encaran con los distintos servicios médicos, niegan cualquier acusación, procuran que la víctima abandone el hospital en contra de la opinión de los médicos y buscan ayuda terapéutica en otros centros asistenciales aunque éstos se encuentren considerablemente alejados. A veces el perpetrador debe enfrentarse a acusaciones que van desde el abuso hasta el asesinato. Es típico que el perpetrador se centre en una sola víctima, aunque puede existir hermanos u otras personas que también hayan sido afectadas o puedan llegar a serlo.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV el individuo (en este caso, el perpetrador) que cumple estos criterios de investigación recibe el diagnóstico de **trastorno facticio no especificado**.

El trastorno facticio por poderes debe diferenciarse de una **enfermedad médica** o un **trastorno mental** en un individuo que acude en busca de ayuda terapéutica. El trastorno también debe diferenciarse de los **abusos físicos o sexuales** no relacionados con el propósito indirecto de asumir el papel de paciente. La **simulación** se diferencia del trastorno facticio por poderes en el hecho de que la producción de los síntomas está motivada por un incentivo externo, mientras que en el trastorno facticio esto no es así. Los individuos simuladores también pueden solicitar el ingreso hospitalario para una persona que se halle a su cargo, si bien la producción de síntomas responde al deseo de obtener algún tipo de compensación.

■ Criterios de investigación para el trastorno facticio por poderes

- A. Producción o simulación intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se halla bajo el cuidado del perpetrador.
- B. La motivación que define al perpetrador es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona.
- C. No existen incentivos externos que justifiquen este comportamiento (p. ej., una compensación económica).
- D. El comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastorno disociativo de trance

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno consiste en un estado de trance involuntario que, basándose en sus cánones culturales, el individuo no acepta y no considera una práctica normal relacionada con los colectivos culturales o religiosos de los que forma parte, y que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro funcional global. Este trastorno no debe considerarse en individuos que entran en un estado de trance o posesión por propia voluntad, que no provoca malestar clínico alguno y que se enmarca perfectamente en el contexto cultural y religioso. Estos estados voluntarios y no patológicos son frecuentes y constituyen la gran mayoría de los estados de trance y posesión que se encuentran en diversas culturas. Sin embargo, algunos individuos que entran en estados de trance o posesión acordes con su marco cultural presentan también síntomas que provocan malestar clínicamente significativo y que podrían corresponder al trastorno que aquí se describe. Hay numerosos ejemplos locales y específicos de trastorno disociativo que muestran una considerable variación a través de las distintas culturas, en especial en lo que hace referencia a la naturaleza precisa del comportamiento expresado durante el estado de trance, la presencia o ausencia de alteraciones sensoriales disociativas (p. ej., ceguera), la identidad asumida durante dichos estados y el grado de amnesia que sigue al episodio (para ejemplos, véase el glosario de síndromes dependientes de la cultura en el Apéndice J, pág. 862).

En el estado de trance, la pérdida de la identidad habitual no se asocia a la aparición de identidades alternativas, y la actividad que se desarrolla durante aquél no suele ser de carácter complejo (p. ej., movimientos convulsivos, caídas, carreras). En el estado de posesión aparecen una (o

más) identidades distintas y alternativas que se presentan con movimientos, recuerdos y actitudes característicos, y con actividades que en este caso sí muestran una cierta complejidad (p. ej., conversaciones coherentes, gestos característicos, expresiones faciales y verbalizaciones específicas de agentes poseedores concretos, acordes con los cánones culturales del lugar). Generalmente, este estado se sigue de una amnesia total o parcial, algo que no sucede con tanta frecuencia después de un estado de trance (aunque tampoco es raro que aparezca). La mayoría de los individuos con el trastorno que aquí se describe muestran características de un único tipo de trance, si bien en algunos casos y a lo largo del tiempo existe una sintomatología mixta o una fluctuación entre distintos tipos de trance con arreglo a los cánones culturales locales.

Síntomas y trastornos asociados

En casi todas las culturas del mundo se encuentran descripciones de variantes de este trastorno. Su prevalencia parece disminuir con el progreso industrial, si bien sigue siendo alta en minorías étnicas tradicionales enclavadas ahora en sociedades industrializadas. Existen considerables variaciones locales en cuanto a edad y modo de inicio. Característicamente, el curso es en forma de episodios agudos de una duración que puede oscilar entre minutos y horas. Se ha dicho que durante el estado de trance el individuo puede mostrar un aumento del umbral sensitivo del dolor, ingerir materiales no digeribles (p. ej., cristal) y experimentar un aumento de fuerza muscular. Los síntomas del estado de trance patológico podrían verse reforzados o disminuidos dependiendo de estímulos ambientales y manipulaciones de otros individuos. Los agentes que realizan presumiblemente la posesión son usualmente espíritus naturales (p. ej., espíritus de la muerte, entidades sobrenaturales, dioses, demonios) que a menudo presentan exigencias o demuestran animosidad. Es muy típico que los individuos que sufren estos estados patológicos de posesión encarnen a un número limitado de agentes (uno a cinco) de una forma secuencial y no simultánea. Entre las complicaciones de este trastorno cabe citar intentos de suicidio, automutilaciones y accidentes. Hay autores que también hablan de muerte súbita, quizá debida a arritmias cardíacas.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV los individuos que cumplen estos criterios de investigación reciben el diagnóstico de **trastorno disociativo no especificado**.

El diagnóstico de trastorno disociativo de trance no debe establecerse si el estado de trance se considera secundario a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (en cuyo caso el diagnóstico apropiado sería **trastorno mental no especificado debido a enfermedad médica**, v. pág. 179) o de una sustancia (en cuyo caso el diagnóstico sería **trastorno relacionado con sustancias no especificado**).

Los síntomas del estado de trance (p. ej., audición o visión de entes espirituales y hallarse controlado o influido por otros individuos) pueden confundirse con las alucinaciones y los delirios de una **esquizofrenia**, un **trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos** o un **trastorno psicótico breve**. Los estados de trance también pueden diferenciarse con arreglo a su congruencia cultural, su breve duración y la ausencia de síntomas característicos de estos trastornos que se acaban de citar.

El **trastorno de identidad disociativo** se diferencia de los síntomas típicos de los estados de trance y posesión por el hecho de que en estos últimos los individuos describen de forma característica espíritus o entidades externas que han invadido sus cuerpos para dominarlos.

El diagnóstico de trastorno disociativo de trance no debe establecerse en los individuos que entran en un estado de trance o posesión por propia voluntad en el contexto de una práctica cultural o religiosa y que no experimentan malestar clínicamente significativo o afectación global.

■ Criterios de investigación para el trastorno disociativo de trance

- A. Se cumplen los puntos (1) o (2):
- (1) estado de trance, es decir, alteración temporal y significativa del nivel de conciencia o pérdida de la identidad personal habitual sin que ésta se vea suplantada por cualquier otra identidad, que se asocia al menos a uno de los siguientes síntomas:
 - (a) disminución de la capacidad para reconocer y ser consciente del entorno, o atención selectiva y poco usual a ciertos estímulos ambientales
 - (b) comportamientos o movimientos estereotipados que se experimentan como fuera del propio control
 - (2) estado de posesión, que se define como una alteración aislada o episódica del nivel de conciencia caracterizada por la suplantación de la identidad habitual por otra diferente. Este hecho se atribuye a los designios de un espíritu, un poder, una divinidad u otra persona, tal y como ponen de relieve uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - (a) comportamientos o movimientos estereotipados o determinados culturalmente que el individuo experimenta como si se encontrara bajo el control del agente que encarna la posesión
 - (b) amnesia total o parcial después del episodio
- B. El estado de trance o posesión no se considera una práctica normal en el contexto cultural o religioso del individuo.
- C. El estado de trance o posesión provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El estado de trance o posesión no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico (se incluye el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y el trastorno psicótico breve) o de un trastorno de identidad disociativo, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

Trastorno por atracón

Características diagnósticas

Este trastorno se caracteriza por atracones de comida recurrentes que se asocian a pruebas subjetivas y comportamentales de falta de control sobre la alimentación y de malestar clínicamente significativo, y que no se acompañan de las estrategias compensatorias típicas de la bulimia nerviosa (p. ej., autoinducción del vómito, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno y ejercicio fí-

sico excesivo). Las características del atracón se describen en el apartado dedicado a la bulimia nerviosa (pág. 559). Entre las pruebas que demuestran una falta de control sobre la alimentación cabe citar el comer muy deprisa, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, ingesta de grandes cantidades de comida en ausencia de hambre y sentirse disgustado, culpable o deprimido tras uno de estos episodios. Para establecer el diagnóstico de trastorno compulsivo es necesario que los atracones provoquen malestar clínicamente significativo, que debe incluir insatisfacción durante y después de cada episodio y preocupación sobre los efectos a largo plazo que dichos atracones pueden tener sobre el peso y la imagen corporal.

La frecuencia de los atracones debe ser, como media, de al menos 2 días por semana durante un período mínimo de 6 meses. La duración del atracón puede variar enormemente, y a muchos individuos les cuesta diferenciar los auténticos atracones de episodios menos importantes. Sin embargo, a menudo les es fácil recordar haber realizado un atracón en un día y un momento determinados. Por tanto, se recomienda enfocar el interrogatorio sobre el número de días en que tienen lugar estos episodios más que en el número de episodios, como se hace en el diagnóstico de bulimia nerviosa. Investigaciones futuras acabarán de definir esta cuestión.

Los síntomas no aparecen exclusivamente durante una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa. Además, si bien en ocasiones el individuo lleva a cabo estrategias compensatorias (p. ej., purgas, abstinencia de comer o ejercicio físico excesivo), éstas no constituyen una práctica habitual para contrarrestar los efectos de los atracones. Los trabajos de investigación realizados hasta la fecha no se han puesto de acuerdo en el modo de definir el «empleo habitual de estrategias compensatorias». Algunos estudios definen el término «habitual» del mismo modo que en la bulimia nerviosa, es decir, dos episodios por semana, y consideran que los individuos que practican estos comportamientos menos de dos veces por semana (pero sí una vez por semana) deben recibir el diagnóstico de trastorno compulsivo. Otros estudios excluyen a los sujetos que confiesan haber recurrido al menos a una de aquellas estrategias durante el episodio. Investigaciones futuras acabarán de definir igualmente este punto.

Síntomas y trastornos asociados

Algunos individuos manifiestan que sus atracones están desencadenados por estados de ánimo disfóricos, como depresión y ansiedad. Otros se ven incapaces de identificar desencadenantes concretos, pero sí pueden manifestar una sensación inespecífica de tensión, que el atracón consigue aliviar. Otro grupo de individuos otorga una cualidad disociativa al atracón (sensación de embotamiento o de estar drogado). Finalmente, muchas personas se pasan todo el día comiendo sin horarios ni desencadenantes definidos.

Los individuos con este patrón alimentario que son vistos en los centros asistenciales presentan grados variables de obesidad. La mayoría de los sujetos se han sometido a dietas en numerosas ocasiones y se confiesan desesperados por las dificultades que entraña el control sobre la ingesta de comida. Algunos continúan intentándolo, mientras que otros han abandonado cualquier intención de realizar una dieta debido a sus continuos fracasos. En las clínicas de adelgazamiento los individuos con este trastorno muestran, como media, en comparación con los que no lo presentan, un mayor grado de obesidad y una mayor fluctuación del peso a lo largo de su vida. Cuando se emplean muestras de individuos afectos pero no ingresados, la mayoría de ellos tienen sobrepeso (aunque otros nunca lo han presentado).

Estos individuos pueden declarar que el trastorno interfiere en sus relaciones interpersonales, su trabajo o su capacidad para aceptarse y agradarse a sí mismos. Si los comparamos con individuos con igual peso que no padecen el trastorno, en el primer grupo se constatan porcentajes superiores de autoaversión, descontento de la propia imagen, depresión, ansiedad, preocupación por el cuerpo y mayor susceptibilidad ante los demás. También puede haber una mayor preva-

lencia de trastorno depresivo mayor, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la personalidad.

En muestras obtenidas en programas de adelgazamiento, la prevalencia global oscila aproximadamente entre el 15 y el 50 % (con una media del 30 %), siendo 1,5 veces más frecuente en mujeres que en varones. En muestras obtenidas de individuos no ingresados se ha descrito una prevalencia del 0,7-4 %. La edad de inicio de este trastorno se sitúa típicamente al final de la adolescencia o principios de la tercera década de la vida, y a menudo aparece inmediatamente después de una pérdida de peso significativa lograda tras una dieta. Entre los individuos que solicitan tratamiento, el curso parece ser de carácter crónico.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV los individuos que cumplen estos criterios de investigación reciben el diagnóstico de **trastorno de la conducta alimentaria no especificado**.

A diferencia de la **bulimia nerviosa**, en la que se emplean estrategias compensatorias inadecuadas para contrarrestar los efectos nocivos de los atracones, en el trastorno que aquí se describe no es frecuente el empleo de tales estrategias. En el **trastorno depresivo mayor** son frecuentes los episodios de sobreingesta, que generalmente no suelen llegar a atracones. Los atracones como trastorno aislado sólo deben diagnosticarse cuando el individuo manifiesta que, durante los episodios de sobreingesta, experimenta una sensación subjetiva de pérdida del control acompañada de tres de los síntomas recogidos en el Criterio B. Muchos individuos sienten malestar a causa de episodios de sobreingesta que no son propiamente atracones.

■ Criterios de investigación para el trastorno por atracón

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
- (1) ingesta, en un corto período de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares
 - (2) sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo)
- B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) ingesta mucho más rápida de lo normal
 - (2) comer hasta sentirse desagradablemente lleno
 - (3) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
 - (4) comer a solas para esconder su voracidad
 - (5) sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón
- C. Profundo malestar al recordar los atracones.

(continúa)

Criterios de investigación para el trastorno por atracón
(continuación)

- D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

Nota: El método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.

- E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Trastorno depresivo de la personalidad

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es un patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitivas depresivas que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una amplia variedad de contextos. Este patrón no aparece exclusivamente durante un episodio depresivo mayor y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico. Entre los comportamientos y funciones cognoscitivas de tinte depresivo se incluyen sentimientos permanentes de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad. Estos individuos se caracterizan por mostrarse especialmente serios, incapaces de divertirse o relajarse y sin sentido del humor. Algunos creen que no merecen ser felices o divertirse. Es frecuente que tiendan a cavilar y preocuparse, inmersos permanentemente en su infelicidad y en sus pensamientos negativos. Estos individuos auguran el futuro tan negativamente como ven el propio presente; dudan de que las cosas puedan mejorar algún día, anticipan lo peor y, aunque presumen de realistas, los demás los describen como netamente pesimistas. Demuestran dureza al juzgarse a sí mismos y tienden a sentirse excesivamente culpables por sus defectos y sus fracasos. Su autoestima es baja y se traduce especialmente en sentimientos de impotencia. Los individuos con este trastorno tienden a juzgar a los demás tan duramente como lo hacen con ellos mismos, destacando sus defectos muy por encima de sus virtudes, y pueden mostrarse negativos, contrarios, críticos y dados a la censura.

Síntomas y trastornos asociados

Estos individuos pueden mostrarse tranquilos, introvertidos, pasivos, no asertivos y propensos a dejarse llevar por los demás antes de asumir el liderazgo. Varones y mujeres resultan igualmente propensos a padecer este trastorno, y su presencia podría predisponer a la aparición de un trastorno distímico y también de un trastorno depresivo mayor. Estos trastornos pueden presentarse a través de un espectro que empezaría con el trastorno depresivo de la personalidad e iría seguido del trastorno depresivo en el futuro. Pruebas preliminares sugieren que el trastorno depresivo de la personalidad puede ser más prevalente en familiares de individuos con trastorno depresivo mayor, y

al contrario, el trastorno depresivo mayor puede incidir más frecuentemente en familiares de individuos que padecen un trastorno depresivo de la personalidad y no un trastorno depresivo mayor.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV los individuos que cumplen estos criterios de investigación reciben el diagnóstico de **trastorno de la personalidad no especificado**.

Existe controversia acerca de la utilidad de diferenciar el trastorno depresivo de la personalidad y el **trastorno distímico**. Como hecho distintivo, cabe decir que los criterios de investigación para el trastorno depresivo de la personalidad hacen más hincapié en los rasgos cognoscitivos, interpersonales e intrapsíquicos de la personalidad. El diagnóstico de este trastorno no debe considerarse si los síntomas se explican mejor por la presencia de un trastorno distímico o si sólo aparecen coincidiendo con **episodios depresivos mayores**. El trastorno depresivo de la personalidad se diferencia de los rasgos depresivos normales (p. ej., infelicidad, pesimismo, autocrítica e inclinación a sentirse culpable) en el hecho de que el cuadro sintomático es de carácter permanente y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral. La relación entre este trastorno y otros que se describen en este apéndice (p. ej., trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante y trastorno mixto ansioso-depresivo), así como con otros trastornos de la personalidad, todavía no está clara, pero es probable que puedan solaparse entre ellos.

■ Criterios de investigación para el trastorno depresivo de la personalidad

- A. Patrón permanente de comportamientos y funciones cognoscitivos depresivos que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en una amplia variedad de contextos y que se caracteriza por cinco (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) el estado de ánimo habitual está presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad
 - (2) la concepción que el sujeto tiene de sí mismo se centra principalmente en sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima
 - (3) se critica, se acusa o se autodescalifica
 - (4) cavila y tiende a preocuparse por todo
 - (5) critica, juzga y lleva la contraria a los otros
 - (6) se muestra pesimista
 - (7) tiende a sentirse culpable o arrepentido
- B. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explican mejor por la presencia de un trastorno distímico.

Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (trastorno negativista de la personalidad)

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es un cuadro permanente de actitudes de oposición y resistencia pasiva ante las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral, que se inicia al

principio de la edad adulta y se refleja en multitud de contextos. Este patrón de comportamiento no aparece exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico. Estos individuos acostumbran a mostrarse resentidos, llevan la contraria y se resisten a cumplir las expectativas de rendimiento que los demás depositan en ellos. Esta actitud de oposición suele ponerse de manifiesto en el trabajo, aunque también aparece en las relaciones sociales. Esta actitud de resistencia se traduce en aplazamientos, descuidos, obstinación e ineficiencia intencionada, sobre todo como respuesta a las tareas que sus jefes les encomiendan. Estos individuos sabotean los esfuerzos de los demás, ya que no cumplen su parte del trabajo. Por ejemplo, un ejecutivo tiene una reunión al día siguiente, para lo cual encarga la revisión de cierto material a uno de sus subordinados. Éste extraviará o archivará incorrectamente el material en vez de aducir que no ha tenido el tiempo suficiente para revisarlo. Las personas que presentan este trastorno suelen sentirse estafados, despreciados e incomprensidos, y se pasan todo el día quejándose de los demás. Cuando surge algún problema, lo achacan a los defectos de quienes les rodean. Algunos se muestran huraños, irritables, impacientes, cínicos, escépticos, siempre dados a discutir y a llevar la contraria. Las figuras de autoridad (p. ej., cargos superiores en el trabajo, profesores de escuela, padres o el miembro de la pareja que encarna el papel de padre) suelen convertirse en el origen de su descontento. Debido a su propensión a llevar la contraria y a exteriorizar abiertamente sus críticas y acusaciones, a la mínima provocación estos individuos hacen una demostración pública de su hostilidad hacia las figuras de autoridad. También se muestran envidiosos y resentidos hacia los compañeros de trabajo que triunfan o están bien considerados por los altos cargos, y suelen quejarse abiertamente de su mala fortuna. Su visión del futuro es negativa y suelen hacer comentarios del tipo «no vale la pena ser bueno» y «las cosas buenas no duran para siempre». Estos individuos pueden moverse entre dos extremos: o bien lanzan amenazas hostiles hacia quienes consideran el origen de sus problemas, o bien intentan apaciguar los ánimos de estas personas pidiéndoles excusas o asegurándoles que en el futuro trabajarán mejor.

Síntomas y trastornos asociados

Estos individuos acostumbran a mostrarse abiertamente ambivalentes, oscilando indecisos desde un extremo al opuesto. A veces siguen un camino errático que da lugar a disputas constantes con los demás, para acabar defraudándose a sí mismos. La dependencia de los otros y la necesidad de autoafirmarse constituyen un conflicto típico de estos individuos, y su falta de autoconfianza es notoria a pesar de su aparente bravuconería. Para la mayoría de las situaciones prevén el peor de los resultados, incluso en aquellas que parecen ir bien. Esta visión catastrofista de los acontecimientos suele provocar respuestas hostiles y negativas por parte de los demás, hartos de aguantar sus continuas quejas. Este tipo de comportamiento suele verse en individuos con trastornos de la personalidad límite, histriónico, paranoide, dependiente, antisocial y por evitación.

Diagnóstico diferencial

En el DSM-IV los individuos que cumplan estos criterios de investigación serán diagnosticados de **trastorno de la personalidad no especificado**.

En el **trastorno negativista desafiante** existe un patrón similar de actitudes de oposición y problemas con las figuras de autoridad, si bien suele diagnosticarse en niños y el trastorno pasivo-agresivo sólo debe diagnosticarse en adultos. No se ha de establecer el diagnóstico de trastorno pasivo-agresivo de la personalidad si los síntomas se explican mejor por la presencia de un **trastorno distímico** o si sólo aparecen en el transcurso de **episodios depresivos mayores**. Es fre-

cuenta encontrar comportamientos de tipo pasivo-agresivo en la vida diaria de las personas normales, sobre todo en las situaciones que se prestan a autoritarismos (p. ej., el trabajo, el ejército, la cárcel), y donde no suelen tener cabida formas de asertividad alternativas. Sólo cuando estos rasgos de personalidad pasivo-agresivos se muestran inflexibles y desadaptativos y provocan malestar clínicamente significativo o deterioro global de la actividad del individuo, constituyen propiamente un trastorno.

■ Criterios de investigación para el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad

- A. Patrón permanente de actitudes de oposición y respuestas pasivas ante las demandas que exigen un rendimiento adecuado, que se inicia a principios de la edad adulta y se refleja en una gran variedad de contextos, y que se caracteriza por cuatro (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) resistencia pasiva a rendir en la rutina social y en las tareas laborales
 - (2) quejas de incomprensión y de ser despreciado por los demás
 - (3) hostilidad y facilidad para discutir
 - (4) crítica y desprecio irracionales por la autoridad
 - (5) muestras de envidia y resentimiento hacia los compañeros aparentemente más afortunados que él
 - (6) quejas abiertas y exageradas por su mala suerte
 - (7) alternancia de amenazas hostiles y arrepentimiento
- B. El patrón comportamental no aparece exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico.

Trastornos motores inducidos por medicamentos

Es importante considerar los trastornos motores inducidos por medicamentos en el tratamiento farmacológico de los trastornos mentales o de las enfermedades médicas y en el diagnóstico diferencial con los trastornos del Eje I (p. ej., trastorno de ansiedad *versus* acatisia inducida por neurolepticos; catatonía *versus* síndrome neuroleptico maligno). Estos trastornos pueden provocar problemas psicosociales y laborales y el incumplimiento de regímenes terapéuticos por parte del paciente. Los trastornos motores inducidos por medicamentos deberán incluirse en el Eje I. Aunque estos trastornos son calificados como «inducidos por medicamentos», suele ser difícil establecer la relación causal entre la exposición al fármaco y la aparición del trastorno motor, especialmente porque algunos de estos trastornos aparecen también en ausencia de un tratamiento farmacológico. El objetivo que se persigue con la descripción de estos trastornos y la exposición de sus criterios diagnósticos es el facilitar el trabajo de investigación y motivar al especialista para que les diagnostique y trate adecuadamente. En esta sección se incluyen los siguientes trastornos motores inducidos por medicamentos: parkinsonismo inducido por neurolepticos, síndrome neuroleptico maligno, distonía aguda inducida por neurolepticos, acatisia aguda inducida por neurolepticos, discinesia tardía inducida por neurolepticos y temblor postural inducido por medicamentos. También se incluye la categoría de trastorno motor inducido por medicamentos no especifi-

cado para los casos que no cumplan los criterios para ninguno de los trastornos específicos que se acaban de mencionar. Entre estos trastornos inclasificables se incluyen trastornos motores (p. ej., parkinsonismo, acatisia aguda) inducidos por fármacos no neurolépticos (p. ej., inhibidores de la recaptación de la serotonina).

El término *neuroléptico* aparece repetidamente en este manual para hacer referencia a los fármacos con propiedades antagonistas de la dopamina. Entre ellos se incluyen agentes antipsicóticos clásicos (p. ej., clorpromacina, haloperidol, flufenacina), agentes antipsicóticos atípicos (p. ej., clozapina), algunos fármacos bloqueadores de los receptores dopaminérgicos que se emplean para el tratamiento de síntomas físicos como las náuseas (p. ej., proclorperacina, prometacina, trimetobenzamida, metoclopramida) y la amoxapina, comercializada como antidepressivo.

G21.1 Parkinsonismo inducido por neurolépticos [332.1]

Características diagnósticas

La característica esencial del parkinsonismo inducido por neurolépticos es la presencia de signos o síntomas parkinsonianos (p. ej., temblor, rigidez muscular o acinesia) cuya aparición coincide con la toma del medicamento neuroléptico. Estos síntomas suelen aparecer a las pocas semanas de haber iniciado o incrementado la toma de estos fármacos o bien tras reducir las dosis de otros medicamentos (p. ej., anticolinérgicos) empleados en el tratamiento o la prevención de cuadros extrapiramidales agudos. Los síntomas parkinsonianos no se explican mejor por la presencia de un trastorno mental (p. ej., catatonía, síntomas negativos de una esquizofrenia, enlentecimiento motor de un episodio depresivo mayor), ni tampoco pueden atribuirse a enfermedades neurológicas o médicas (p. ej., enfermedad de Parkinson idiopática, enfermedad de Wilson). Los síntomas más frecuentes son la rigidez y la acinesia, en tanto que el temblor parece ser menos común. Se estima que al menos un 50 % de los pacientes que reciben ambulatoriamente un tratamiento neuroléptico de fondo acaba presentando en algún momento signos o síntomas parkinsonianos. El cuadro sintomático puede aparecer inmediatamente después de empezar o aumentar un tratamiento de este tipo o bien hacerlo de forma insidiosa y al cabo de varias semanas. Lo más típico es que los síntomas aparezcan a las 2-4 semanas de haber iniciado el tratamiento. Una vez instaurados acostumbran a permanecer invariables o bien a disminuir gradualmente en los meses siguientes. Los síntomas suelen desaparecer al reducir (o abandonar) las dosis de neuroléptico, al añadir medicación antiparkinsoniana o al cambiar el fármaco por otro neuroléptico que presente menos incidencia de estos efectos secundarios.

El *temblor parkinsoniano* es de carácter oscilatorio (3-6 ciclos/seg), rítmico, y continuo; se caracteriza por ser más lento que otros temblores y aparece sólo en reposo. Puede aparecer de forma intermitente y ser unilateral, bilateral, o depender de dónde se encuentre la extremidad (temblor posicional). Este temblor puede afectar los miembros, la cabeza, la mandíbula, la boca, los labios («síndrome del conejo») o la lengua. El temblor puede suprimirse, sobre todo cuando el individuo intenta utilizar el miembro tembloroso en alguna tarea concreta. En ocasiones estos individuos describen los movimientos como «sacudidas» y relatan que aparecen especialmente en situaciones de ansiedad, estrés o fatiga.

La *rigidez muscular parkinsoniana* se define como una firmeza o tensión excesivas de los músculos que permiten la sustentación. Puede afectar todos los músculos esqueléticos o únicamente pequeños grupos. Estos individuos presentan dos tipos de rigidez: *continua* («en tubo de plomo») y *en rueda dentada*. En el primer tipo el miembro o la articulación oponen resistencia a la movilización y parecen bloqueados; se trata de una rigidez continua (es decir, no muestra

fluctuaciones temporales en un mismo miembro). En el segundo tipo, como el músculo ejerce una cierta tensión sobre el aparato articular, existe una oposición a la movilización de carácter rítmico, como en rueda dentada (tinquete), que interrumpe sucesivamente lo que sería el movimiento suave y plácido de cualquier articulación en circunstancias normales. Este tipo de rigidez se pone de relieve dejando la mano encima de la articulación que se está movilizand. Aparece cuando se intentan movilizar pasivamente los músculos, es más frecuente en las muñecas y en los codos, y suele aumentar y disminuir de intensidad según el momento. Los individuos que padecen rigidez parkinsoniana pueden aquejar debilidad o rigidez muscular generalizadas, molestias musculares o articulares, dolorimiento general y falta de coordinación al realizar prácticas deportivas.

La *acinesia* se define como un estado de disminución espontánea de la actividad motora. Se caracteriza por un entecimiento global, así como por dificultad para iniciar y ejecutar movimientos. Los comportamientos cotidianos normales (p. ej., el aseo) se ven dificultadas. Los individuos acinéticos pueden aquejar sensación de apatía, falta de espontaneidad y de energía, y adormecimiento. La rigidez y la acinesia parkinsonianas pueden manifestarse en forma de alteraciones de la marcha o disminución de la longitud de la zancada, del balanceo de los brazos o de la espontaneidad global al andar. Entre otros signos cabe citar el cuello flexionado hacia delante, los hombros encorvados, la expresión facial inmutable y la marcha a pasos pequeños y arrastrando los pies. Debido a una disminución generalizada de la actividad motora faríngea, también puede aparecer sialorrea, aunque este signo es menos frecuente en parkinsonismos inducidos por neurolépticos a causa de las propiedades anticolinérgicas de estos fármacos.

Síntomas y trastornos asociados

A veces se asocian síntomas comportamentales como depresión o agravamiento de signos negativos de una esquizofrenia. También cabe señalar la aparición de escritura con letra pequeña (micrografía), hipofonía, inestabilidad postural, inhibición del reflejo nasopalpebral y seborrea. Cuando los síntomas parkinsonianos son graves y dan lugar a una seria disminución de la actividad motora pueden aparecer complicaciones generales (p. ej., contracturas, úlceras por decúbito y embolias pulmonares). La disminución del reflejo de la tos y la disfagia pueden constituir una amenaza para la vida, ya que a veces dan lugar a neumonías por aspiración o pérdidas de peso inexplicables. También puede haber incontinencia urinaria y una mayor incidencia de fracturas de cadera en ancianos. Entre los factores de riesgo de desarrollar parkinsonismo inducido por neurolépticos se incluyen antecedentes previos de este trastorno; edad avanzada; concurrencia de demencia, delirium o trastorno amnésico, y enfermedad neurológica concomitante. Es probable asimismo que los niños presenten un mayor riesgo de sufrir este trastorno. Además, este riesgo también se relaciona con el tipo de fármaco neuroléptico, la rapidez con que se incrementan sus dosis y la dosis total. El riesgo disminuye si los individuos toman un medicamento anticolinérgico.

Diagnóstico diferencial

Es importante realizar el diagnóstico diferencial entre el parkinsonismo inducido por neurolépticos y otras causas de síntomas parkinsonianos en individuos que siguen igualmente un tratamiento farmacológico de estas características. El parkinsonismo inducido por neurolépticos debe diferenciarse de los **síntomas parkinsonianos debidos a otras sustancias o medicamentos** o bien **debidos a enfermedades neurológicas o médicas** (p. ej., enfermedad de Parkinson,

enfermedad de Wilson). Los hallazgos de laboratorio pueden resultar útiles para establecer otras causas que justifiquen el cuadro sintomático (p. ej., *screening* positivo de metales pesados en la orina, calcificación de los ganglios basales como reflejo de una hipercalcemia, disminución de la ceruloplasmina sérica en la enfermedad de Wilson). El temblor del parkinsonismo inducido por neurolépticos debe diferenciarse a su vez de temblores secundarios a otras causas de parkinsonismo, del temblor familiar, del temblor no inducido por neurolépticos, y del temblor asociado al síndrome de abstinencia de cualquier sustancia. Los temblores no parkinsonianos tienden a ser más finos (es decir, menor amplitud) y más rápidos (10 ciclos/seg) y a empeorar con la actividad (p. ej., cuando el individuo alarga la mano para coger un vaso). El temblor asociado al **síndrome de abstinencia** se acompaña frecuentemente de hiperreflexia y signos vegetativos. El temblor de las **enfermedades cerebelosas** también empeora con la actividad y puede ir asociado a nistagmo, ataxia o habla escandida. Los movimientos coreicos que se observan en la **discinesia tardía inducida por neurolépticos** pueden imitar el temblor parkinsoniano; este último, sin embargo, se distingue por su ritmo continuo y regular. Los **accidentes vasculares cerebrales** y **otras lesiones focales del sistema nervioso central** pueden producir signos neurológicos focales o parálisis flácida o espástica. Sin embargo, en el parkinsonismo inducido por neurolépticos la fuerza muscular es normal en un principio, ya que los músculos no empiezan a fatigarse hasta al cabo de un rato de iniciado el movimiento. La rigidez parkinsoniana debe igualmente diferenciarse del fenómeno de «mano en garra» que se objetiva en lesiones piramidales o en comportamientos de oposición.

Hay datos indicadores de que los síntomas parkinsonianos no se deben a un tratamiento neuroléptico. Entre éstos cabe citar antecedentes de patología neurológica congénita, parkinsonismo rápidamente progresivo no explicable por cambios psicofarmacológicos recientes, presencia de signos neurológicos focales no extrapiramidales (p. ej., signos de liberación frontal, alteración de los pares craneales o signo de Babinski) y signos o síntomas parkinsonianos que no ceden a los 3 meses de haber interrumpido el tratamiento neuroléptico (o 1 año después si el fármaco era administrado en forma *depôt*). En el **síndrome neuroléptico maligno** existe tanto acinesia como rigidez, si bien cabe detectar otros hallazgos físicos y analíticos (p. ej., fiebre, aumento de los niveles séricos de creatinfosfocinasa [CPK]).

El diagnóstico diferencial entre los síntomas de un **trastorno mental primario** y las alteraciones comportamentales del parkinsonismo inducido por neurolépticos puede revestir cierta dificultad. A menudo hay que recurrir a múltiples fuentes de información (p. ej., exploraciones físicas, antecedentes farmacológicos, síntomas mentales). A veces el diagnóstico de parkinsonismo inducido por neurolépticos se hará provisionalmente, a expensas de una posible confirmación mediante la reducción (o interrupción) de las dosis del fármaco neuroléptico que se sospeche culpable, o bien con la prescripción de un tratamiento anticolinérgico. La acinesia inducida por neurolépticos y el **trastorno depresivo mayor** comparten gran número de síntomas. En este último son más frecuentes los signos vegetativos (p. ej., despertar precoz), desesperanza e indefensión, mientras que la apatía es más característica de la acinesia. La catatonía asociada a la **esquizofrenia, tipo catatónico**, o a los **trastornos del estado de ánimo con síntomas catatónicos** puede ser particularmente difícil de diferenciar de la acinesia grave. La distinción entre los **síntomas negativos de la esquizofrenia** y la acinesia entraña asimismo cierta complejidad. Por otra parte, la rigidez también puede asociarse a **trastornos psicóticos, delirium, demencia, trastornos de ansiedad y trastorno de conversión**. La resistencia a la movilización pasiva constituye una característica prácticamente constante de los distintos tipos de rigidez parkinsoniana, y su presencia es incompatible con la rigidez debida a trastornos mentales o a otras enfermedades neurológicas. Además, los individuos con rigidez parkinsoniana suelen presentar paralelamente una constelación de signos y síntomas, en la que se incluyen marcha y expresión facial características, sialorrea, disminución del parpadeo y otros aspectos inherentes a la bradicinesia.

■ Criterios de investigación para G21.1 Parkinsonismo inducido por neurolépticos [332.1]

- A. Aparición de uno (o más) de los siguientes signos o síntomas que se relacionan con la toma de medicamentos neurolépticos:
- (1) temblor parkinsoniano (es decir, burdo, rítmico, de reposo, con una frecuencia de entre 3 y 6 ciclos/seg, y que afecta miembros, cabeza o lengua)
 - (2) rigidez muscular parkinsoniana (es decir, en rueda dentada, o continua en «tubo de plomo»)
 - (3) acinesia (es decir, disminución de la mímica facial espontánea, gesticulación, habla o movimientos corporales)
- B. Los síntomas del Criterio A aparecen a las pocas semanas de haber empezado o aumentado un tratamiento neuroléptico, o de haber reducido las dosis de fármacos empleados para tratar (o prevenir) sintomatología extrapiramidal aguda (p. ej., anticolinérgicos).
- C. Los síntomas del Criterio A no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno mental (p. ej., síntomas negativos o catatónicos de la esquizofrenia, entecimiento psicomotor del episodio depresivo mayor). Entre las pruebas que confirman que los síntomas se explicarían mejor por la presencia de un trastorno mental estaría el hecho de que apareciesen antes de la toma del neuroléptico o que fueran incompatibles con el tipo de intervención farmacológica (p. ej., no mejorarían después de disminuir la dosis del neuroléptico o de administrar un medicamento anticolinérgico).
- D. Los síntomas del Criterio A no son debidos a un medicamento no neuroléptico o a enfermedades neurológicas o médicas (p. ej., enfermedad de Parkinson, enfermedad de Wilson). Entre las pruebas que confirman que el trastorno se debería a una enfermedad médica estaría el hecho de que los síntomas apareciesen antes de la toma del neuroléptico, la presencia de signos neurológicos focales inexplicados o la progresión de los síntomas a pesar de un régimen farmacológico estable.

G21.0 Síndrome neuroléptico maligno [333.92]

Características diagnósticas

La característica esencial del síndrome neuroléptico maligno es la aparición de rigidez muscular intensa y elevación de la temperatura en un sujeto que se encuentra bajo tratamiento neuroléptico. Estos hechos se acompañan de dos (o más) de los siguientes síntomas: diaforesis, disfagia, temblor, incontinencia, cambios del nivel de conciencia que van de la confu-

sión al coma, mutismo, taquicardia, tensión arterial elevada o fluctuante, leucocitosis y hallazgos analíticos indicadores de lesión muscular (p. ej., elevación de los niveles de creatinofosfocinasa [CPK]). Estos síntomas no se deben a otra sustancia (p. ej., fenciclidina) o a enfermedades neurológicas o médicas (p. ej., encefalitis vírica) y no se explican mejor por la presencia de un trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo con síntomas catatónicos). Acompañando a este cuadro sintomático pueden aparecer agitación o reacciones distónicas agudas.

El aumento de la temperatura corporal oscila entre elevaciones leves (p. ej., 37,2-37,8 °C) e hipertermia marcada (p. ej., 41 °C). La fiebre como signo secundario a enfermedades médicas (p. ej., infecciones) debe descartarse siempre ante cualquier aumento de la temperatura; sin embargo, los individuos con síndrome neuroléptico maligno suelen presentar otros procesos capaces de agravar una temperatura de por sí ya elevada. Los niveles de CPK son típicamente altos y van desde ascensos despreciables hasta niveles extremadamente altos (superando las 16.000 U). Es necesario recordar que elevaciones leves o moderadas de los niveles de CPK se detectan igualmente en lesiones musculares debidas a distintas causas, como son inyecciones intramusculares o toma de compuestos astringentes, y que también está demostrado su aumento en individuos con trastornos psicóticos agudos. Los leucocitos suelen mostrar asimismo elevaciones de sus niveles séricos, habitualmente entre 10.000 y 20.000 células. En los casos más graves puede aparecer mioglobulinuria, que debe hacer sospechar un probable inicio de insuficiencia renal.

Las formas de presentación y el curso del síndrome neuroléptico maligno son bastante variables. Puede tener una evolución maligna y potencialmente fatal o bien un curso relativamente benigno y autolimitado. A menudo no existe forma de predecir su pronóstico. El síndrome neuroléptico maligno acostumbra a aparecer en las primeras 4 semanas de tratamiento neuroléptico; dos terceras partes lo hacen durante la primera semana. Sin embargo, algunos individuos presentan un síndrome neuroléptico maligno después de tomar la misma dosis de fármaco durante muchos meses. Tras interrumpir el tratamiento neuroléptico, el cuadro suele resolverse en una media de 2 semanas para los fármacos *depôt*, si bien hay casos que superan ampliamente estos valores de referencia. En la mayoría de los sujetos, y con el tiempo, los síntomas desaparecen de forma total. Las tasas de mortalidad recogidas en la literatura oscilan entre el 10 y el 20 %, si bien estas cifras pueden ser artificialmente altas como resultado de un sesgo de la información. A medida que los médicos han afinado en su diagnóstico, los índices de mortalidad han disminuido sensiblemente. También hay algunos trabajos que hablan de secuelas neurológicas.

Síntomas y trastornos asociados

La mayoría de los casos se ha atribuido a individuos que padecen esquizofrenia, episodios maníacos y trastornos mentales debidos a una enfermedad médica (p. ej., delirium o demencia). Los factores de riesgo que parecen ser antecedentes del síndrome neuroléptico maligno son la agitación, la deshidratación, las dosis altas de neurolépticos, el incremento rápido de las dosis y la inyección intramuscular del fármaco. En la literatura hay controversia sobre si el tratamiento con carbonato de litio aumenta las posibilidades de presentar un síndrome neuroléptico maligno. Aunque este trastorno se ha observado en ambientes cálidos y fríos, predomina en los primeros, sobre todo si hay un componente húmedo asociado. Hay varias enfermedades médicas que pueden aparecer en el curso de un síndrome neuroléptico maligno y complicar así el cuadro clínico, por ejemplo, neumonía, insuficiencia renal, paro cardíaco o respiratorio, convulsiones, sepsis, embolias pulmonares y coagulación intravascular diseminada.

Las estimaciones de prevalencia de este trastorno oscilan entre el 0,07 y el 1,4 % de los individuos sometidos a tratamiento neuroléptico. El síndrome neuroléptico maligno parece ser un poco

más frecuente en varones que en mujeres, y, aunque aparece a cualquier edad, casi siempre se observa en adultos. Las discrepancias existentes en estas cifras de prevalencia podrían explicarse por una falta de consistencia en la propia definición de la casuística, el modo de prescribir los neurolepticos, el diseño de los estudios y los datos demográficos de la población estudiada. El síndrome neuroleptico maligno podría ser más frecuente cuando se emplean fármacos muy potentes. Tras padecer el trastorno, estos individuos suelen mostrarse más reacios a retomar el tratamiento neuroleptico, y, aunque muchos de ellos no vuelven a recaer pese a tomar el fármaco de nuevo, algunos lo hacen, sobre todo cuando esta toma se reinicia inmediatamente después de haber remitido el síndrome neuroleptico maligno.

Diagnóstico diferencial

El síndrome neuroleptico maligno debe diferenciarse de los síntomas debidos a una **enfermedad neurológica o médica**. Deben excluirse los ascensos de temperatura debidos a una enfermedad médica (p. ej., infección viral). Cuando la hipertermia es intensa, es probable que se trate de un síndrome neuroleptico maligno, especialmente si no puede identificarse enfermedad médica alguna. Además, en el síndrome neuroleptico maligno también hay otros síntomas característicos (p. ej., rigidez muscular intensa). Entre las enfermedades médicas que simulan un síndrome neuroleptico maligno se incluyen infecciones del sistema nervioso central, *status epilepticus*, lesiones cerebrales subcorticales (p. ej., accidente vascular cerebral, traumatismos craneoencefálicos, neoplasias) y enfermedades sistémicas (p. ej., porfiria aguda intermitente, tétanos). Los **episodios de insolación** simulan a veces un síndrome neuroleptico maligno, aunque en general pueden diferenciarse, ya que se acompañan de piel caliente y seca (y no diaforesis), hipotensión (y no tensión arterial elevada o rápidamente fluctuante) y flaccidez muscular (y no rigidez). La **hipertermia maligna** se caracteriza por fiebre muy elevada y rigidez, y habitualmente suele incidir en individuos genéticamente predispuestos que acaban de recibir anestésicos halogenados inhalados y relajantes musculares que actúan por mecanismo despolarizante. La hipertermia maligna suele iniciarse minutos después de haber recibido estos fármacos anestésicos. Debido a que en el curso de un síndrome neuroleptico maligno, o a consecuencia de él, pueden aparecer otras enfermedades médicas, resulta de suma importancia determinar si la fiebre ha aparecido antes o como consecuencia de que éstas tuvieran lugar. El abandono súbito de un tratamiento antiparkinsoniano en un sujeto con **enfermedad de Parkinson** o en **tratamiento con agentes deplecionantes de los depósitos de dopamina** (p. ej., reserpina, tetrabenacina) puede precipitar una reacción similar al síndrome neuroleptico maligno.

El síndrome neuroleptico maligno debe distinguirse de otros síndromes parecidos secundarios a la toma de **otros medicamentos psicotropos** p. ej., inhibidores de la monoaminooxidasa, combinaciones de éstos con agentes tricíclicos, serotoninérgicos o meperidina, toxicidad por litio, delirium atropínico, amfetaminas, fenfluramina, cocaína y fenciclidina), que pueden dar lugar a un cuadro de hipertermia, alteración del estado mental y cambios de tipo vegetativo. En estos casos debe diagnosticarse **trastorno motor inducido por medicamentos no especificado**.

Los individuos con esquizofrenia o un episodio maníaco que no se hallan en tratamiento con neurolepticos presentan a veces estados catatónicos extremos (llamados **catatonía letal**) que pueden simular un síndrome neuroleptico maligno, toda vez que se observa la presencia de ascenso térmico, alteraciones vegetativas y hallazgos analíticos anormales. En los individuos que están recibiendo medicación neuroleptica, para efectuar el diagnóstico diferencial es importante tener en cuenta si hay antecedentes de estados catatónicos extremos previos antes de tomar el fármaco. El problema se complica todavía más por el hecho de que los agentes neurolepticos pueden agravar por sí mismos los síntomas de catatonía letal.

■ Criterios de investigación para G21.0 Síndrome neuroléptico maligno [333.92]

- A. Aparición de rigidez muscular intensa y fiebre elevada asociada a la toma de medicación neuroléptica.
- B. Dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - (1) diaforesis
 - (2) disfagia
 - (3) temblor
 - (4) incontinencia
 - (5) cambios del nivel de conciencia que van desde confusión hasta coma
 - (6) mutismo
 - (7) taquicardia
 - (8) tensión arterial elevada o fluctuante
 - (9) leucocitosis
 - (10) hallazgos analíticos que indican lesión muscular (p. ej., elevación de los niveles séricos de CPK)
- C. Los síntomas de los criterios A y B no se deben a otra sustancia (p. ej., fenciclidina) o a una enfermedad neurológica o médica (p. ej., encefalitis vírica).
- D. Los síntomas de los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo con síntomas catatónicos).

G24.0 Distonía aguda inducida por neurolépticos [333.7]

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la presencia de espasmos musculares y el mantenimiento de posturas anormales, en asociación con la toma de medicamentos neurolépticos. Entre estas posturas cabe citar la posición anormal de cabeza y cuello en relación con el eje corporal (p. ej., retrocolis, tortícolis); espasmos de la musculatura mandibular (trismo, boca entreabierta, muecas); dificultad para tragar (disfagia), hablar o respirar (espasmo laringofaríngeo potencialmente mortal, disfonía); lenguaje espeso o farfullante debido a hipertonicidad de la musculatura lingual (disartria, macroglosia); protrusión o disfunción lingual; desviación de los ojos en sentido vertical u horizontal (crisis oculogiras), y posición anormal de los miembros distales o del tronco (opistótonos). La intensidad de estos síntomas y su localización pueden ser muy variadas. La musculatura afecta suele presentar un aumento del tono. Los signos y síntomas aparecen en los primeros 7 días tras haber iniciado o aumentado rápidamente las dosis de un tratamiento neuroléptico, o tras haber reducido la administración de fármacos para tratar o prevenir síntomas extrapiramidales agudos (p. ej., anticolinérgicos). El cuadro sintomático no se explica mejor por la presencia de un trastorno mental (p. ej., síntomas catatónicos de la esquizofrenia) y no se debe a fármacos no neurolépticos o a enfermedades neurológicas o médicas.

Síntomas y trastornos asociados

El miedo y la ansiedad suelen acompañar el inicio de la distonía aguda inducida por neurolepticos, sobre todo en individuos que desconocen la posibilidad de desarrollar un cuadro de distonía y que atribuyen erróneamente su aparición al propio trastorno mental. Algunos individuos experimentan dolor o calambres musculares y, en ocasiones, la aparición de un episodio de distonía aguda puede dar lugar posteriormente a incumplimiento del tratamiento farmacológico. La distonía aguda inducida por neurolepticos incide habitualmente en varones jóvenes. Entre los factores de riesgo cabe citar los antecedentes de episodios distónicos reactivos a tratamientos con fármacos neurolepticos y la utilización de fármacos neurolepticos potentes.

Diagnóstico diferencial

Es importante realizar el diagnóstico diferencial entre la distonía aguda inducida por neurolepticos y otros procesos que pueden provocar reacciones distónicas en individuos tratados con estos fármacos. Hay que sospechar que los síntomas se deben a una **enfermedad neurológica o médica** ante un curso evolutivo característico (p. ej., los síntomas preceden a la exposición al fármaco neuroleptico o bien progresan sin que haya tenido lugar cambio alguno en la prescripción del fármaco) y la presencia de signos neurológicos focales. Las **distonías focales o segmentarias de aparición espontánea** se caracterizan por su persistencia durante días o semanas, con independencia de las pautas de medicación que el paciente haya estado siguiendo. Otras enfermedades neurológicas (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal, infecciones víricas y bacterianas, traumatismos o lesiones ocupantes de espacio del sistema nervioso central o periférico) y endocrinológicas (p. ej., hipoparatiroidismo) pueden producir asimismo síntomas (p. ej., tetania) parecidos a los de la distonía aguda inducida por neurolepticos.

El **síndrome neuroleptico maligno** también provoca distonías, pero se distingue por el hecho de acompañarse de fiebre y rigidez generalizada. La distonía aguda inducida por neurolepticos debe diferenciarse de las **reacciones distónicas debidas a medicamentos no neurolepticos** (p. ej., agentes anticomociales como la fenitoína y la carbamacepina). En estos casos el diagnóstico apropiado sería **trastorno motor inducido por medicamentos no especificado**.

La **catatonía asociada a trastorno del estado de ánimo o a esquizofrenia** se diferencia de este trastorno gracias a la relación temporal que se establece entre la aparición de los síntomas y la toma de neurolepticos (p. ej., reacciones distónicas que preceden a la toma del fármaco) y a su respuesta al tratamiento farmacológico (p. ej., no mejora tras disminuir las dosis de neuroleptico o al administrar anticolinérgicos). Además, en la distonía aguda inducida por neurolepticos los síntomas producen malestar en el individuo y motivan la consulta al especialista. En cambio, los sujetos con catatonía se muestran típicamente callados y retraídos y en ningún caso manifiestan preocupación alguna por lo que les está sucediendo.

■ Criterios de investigación para G24.0 Distonía aguda inducida por neurolepticos [333.7]

- A. Aparición de uno (o más) de los siguientes signos o síntomas asociada a la toma de medicación neuroleptica:

(continúa)

Criterios de investigación para G24.0 Disonía aguda inducida por neurolépticos [333.7] (continuación)

- (1) posición anormal de cabeza y cuello en relación al eje corporal (p. ej., retocolis, tortícolis)
 - (2) espasmos de la musculatura mandibular (trismo, boca entreabierta, muecas)
 - (3) dificultad para tragar (disfagia), hablar o respirar (espasmo laringofaríngeo, disfonía)
 - (4) lenguaje espeso o farfullante debido a hipertonicidad o crecimiento linguales (disartria, macroglosia)
 - (5) protrusión o disfunción linguales
 - (6) desviación de los ojos en sentido vertical u horizontal (crisis oculogiras)
 - (7) posición anormal de los miembros distales o del tronco
- B. Los signos o síntomas del Criterio A aparecen en los primeros 7 días de haber empezado o incrementado rápidamente las dosis de un tratamiento neuroléptico o de haber reducido la toma de fármacos prescritos para tratar (o prevenir) síntomas extrapiramidales agudos (p. ej., anticolinérgicos).
- C. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno mental (p. ej., síntomas catatónicos de la esquizofrenia). Entre las pruebas que confirman la asociación de los síntomas a un trastorno mental se incluyen las siguientes: los síntomas preceden a la exposición al fármaco neuroléptico o no son compatibles con el tipo de intervención farmacológica (p. ej., no mejora después de disminuir la dosis del neuroléptico o de administrar medicamentos anticolinérgicos).
- D. Los síntomas del Criterio A no se deben a un fármaco no neuroléptico o a enfermedades neurológicas o médicas. Entre las pruebas que confirman la asociación de los síntomas a una enfermedad médica cabe citar las siguientes: los síntomas preceden a la toma del neuroléptico, hay signos neurológicos focales inexplicados o empeoramiento sintomático en ausencia de cambios en las pautas farmacológicas.

G21.1 Acatisia aguda inducida por neurolépticos [333.99]

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la presencia de síntomas de inquietud motora y la observación de al menos uno de los siguientes movimientos: movimientos que recuerdan el nerviosismo motor, o balanceo de las piernas estando sentado, balanceo de los pies o «andar continuamente por la habitación», estando en pie, necesidad de caminar para aliviar esta inquietud, o incapacidad para permanecer sentado o quieto durante algunos minutos. En su forma más acusada el sujeto puede mostrarse incapaz para mantener cualquier posición más de unos pocos segundos. Entre los síntomas de estos individuos cabe citar una sensación interna de inquietud motora,

casi siempre localizada en las piernas, así como disforia y ansiedad. Los síntomas aparecen típicamente en las primeras 4 semanas de haber empezado a tomar o haber incrementado las dosis del medicamento neuroléptico y en otras ocasiones puede seguir a la reducción de la toma de fármacos prescritos para tratar o prevenir síntomas extrapiramidales agudos (p. ej., anticolinérgicos). Estos síntomas no se explican mejor por la presencia de un trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, síndrome de abstinencia, agitación en un episodio depresivo mayor o episodio maníaco, hiperactividad en un trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no se deben a los efectos de un agente no neuroléptico o a una enfermedad neurológica o médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, anemia ferropénica).

Síntomas y trastornos asociados

Como resultado del cuadro de acatisia suele aparecer malestar clínicamente significativo que puede conducir al incumplimiento del tratamiento neuroléptico. Los síntomas de acatisia pueden acompañarse de disforia, irritabilidad, agresividad o intentos de suicidio. El empeoramiento de los síntomas psicóticos o comportamentales puede motivar un incremento de las dosis de neurolépticos, lo cual puede exacerbar el problema. La aparición de acatisia parece ser dosis-dependiente y asociarse más frecuentemente a algunos neurolépticos en concreto. El trastorno tiende a persistir si el tratamiento neuroléptico no se altera, si bien su intensidad puede fluctuar con el tiempo. Las cifras de prevalencia descritas en la literatura muestran importantes variaciones (20-75 %) que podrían deberse a una falta de consistencia en la propia definición de la casuística, en el modo de prescribir el medicamento neuroléptico, en el diseño del estudio y en las características demográficas de la población estudiada.

Diagnóstico diferencial

La acatisia aguda inducida por neurolépticos puede resultar clínicamente indistinguible de otros síndromes de inquietud motora debidos a una enfermedad neurológica o médica, o a los efectos de agentes no neurolépticos, y a cuadros de agitación que aparecen en el transcurso de trastornos mentales (p. ej., episodio maníaco). La acatisia de la enfermedad de Parkinson y la de la anemia ferropénica son fenomenológicamente similares a la acatisia aguda inducida por neurolépticos. Efectuar el diagnóstico diferencial entre estas entidades suele ser sencillo, ya que en esta última la aparición de los síntomas suele seguir brusca e inmediatamente al inicio o al aumento de la dosis de un tratamiento neuroléptico.

Los fármacos antidepressivos del grupo de los inhibidores específicos de la recaptación de serotonina pueden dar lugar a un cuadro de acatisia de idénticas características fenomenológicas a las de la acatisia aguda inducida por neurolépticos. Cuando los síntomas se deben a la toma de agentes no neurolépticos se debe efectuar el diagnóstico de trastorno motor inducido por medicamentos no especificado, que también recoge entidades que se caracterizan por acatisia aguda acompañada de síntomas o signos, pero nunca ambos a la vez, o por acatisia que aparece de forma tardía en el curso del tratamiento neuroléptico (p. ej., 6 meses después de haberlo iniciado o haber incrementado sus dosis). La discinesia tardía inducida por neurolépticos también suele acompañarse de un componente de inquietud motora generalizada que puede coexistir con acatisia en un individuo bajo tratamiento con neurolépticos. La acatisia aguda inducida por neurolépticos se diferencia de esta última entidad por la propia naturaleza de los movimientos y su relación con el inicio de la toma del fármaco. La evolución temporal de los síntomas, que depende de los cambios de la dosis del neuroléptico, puede ayudar a distinguir ambas entidades. Un incremento de la dosis de neuroléptico exacerba habitualmente la acatisia, mientras que suele propiciar la desaparición de la discinesia tardía.

La acatisia aguda inducida por neurolépticos también debe diferenciarse de los síntomas que se explican mejor por la presencia de un trastorno mental. En los **episodios depresivos, episodios maníacos, trastorno de ansiedad generalizada, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, demencia, delirium, intoxicación por sustancias** (p. ej., por cocaína) o **abstinencia de sustancias** (p. ej., de un opiáceo) también puede aparecer agitación, cuya presentación clínica suele ser difícil de diferenciar de la acatisia. Algunos de estos individuos son capaces de diferenciar la acatisia de la ansiedad, la inquietud motora y la agitación características de un trastorno mental, ya que han padecido ambos trastornos y son conscientes de que las sensaciones experimentadas en uno y otro caso son decididamente distintas. Entre otras pruebas a favor de que la inquietud se explique mejor por la presencia de un trastorno mental cabe citar el hecho de que el inicio de los síntomas se produzca con anterioridad al inicio del tratamiento neuroléptico, la ausencia de un agravamiento de la inquietud motora al incrementar las dosis del fármaco y la falta de remisión de los síntomas tras distintas intervenciones farmacológicas (p. ej., no hay mejora al disminuir las dosis del neuroléptico o al iniciar un tratamiento específicamente dirigido a combatir la acatisia).

■ Criterios de investigación para G21.1 Acatisia aguda inducida por neurolépticos [333.99]

- A. Presencia de síntomas de inquietud motora tras la toma de medicamentos neurolépticos.
- B. Constatación de por lo menos uno de los siguientes síntomas:
 - (1) movimientos típicos de nerviosismo o balanceo de las piernas
 - (2) balanceo de los pies al estar en pie
 - (3) necesidad de caminar para aliviar la inquietud motora
 - (4) incapacidad para permanecer sentado o quieto durante al menos unos minutos
- C. El inicio de los síntomas de los Criterios A y B tiene lugar en las primeras 4 semanas de haber iniciado o aumentado un tratamiento neuroléptico, o bien de haber reducido la medicación encaminada a tratar (o prevenir) síntomas extrapiramidales agudos (p. ej., agentes anticolinérgicos).
- D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por la presencia de un trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, abstinencia de una sustancia, agitación en un episodio depresivo mayor o episodio maníaco, hiperactividad en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Entre las pruebas que confirman la asociación de los síntomas a un trastorno mental se incluyen las siguientes: los síntomas preceden a la exposición al fármaco neuroléptico, la inquietud motora no muestra un empeoramiento al aumentar las dosis de neuroléptico y no hay relación temporal con las intervenciones farmacológicas (p. ej., no mejora después de disminuir la dosis del neuroléptico o de administrar medicamentos para tratar la acatisia).
- E. Los síntomas del Criterio A no se deben a medicamentos no neurolépticos o a una enfermedad neurológica o médica. Entre las pruebas que confirman la asociación de los síntomas a una enfermedad médica cabe citar las siguientes: los síntomas preceden a la toma del neuroléptico o los síntomas empeoran sin que haya habido alteración de las pautas farmacológicas.

G24.0 Discinesia tardía inducida por neurolépticos [333.82]

Características diagnósticas

La discinesia tardía inducida por neurolépticos se caracteriza por la presencia de movimientos anormales e involuntarios de lengua, mandíbula, tronco o extremidades en relación con la toma de medicamentos neurolépticos. Estos movimientos persisten durante al menos 4 semanas y pueden revestir carácter coreico (rápidos, espasmódicos, no repetitivos), atetósico (lentos, sinuosos, continuos) o rítmico (p. ej., estereotipados). Los signos o síntomas aparecen cuando el individuo se halla bajo tratamiento neuroléptico o en las primeras 4 semanas de haber suspendido su administración oral (o en las primeras 8 semanas para neurolépticos *depôt*). Es necesario que el individuo haya estado medicándose por lo menos 3 meses (o 1 mes para mayores de 60 años). Aunque un gran número de estudios ha demostrado la relación etiológica que existe entre la discinesia tardía y el tratamiento neuroléptico, no todas las discinesias en individuos que toman neurolépticos deben atribuirse a estos fármacos. Así, para realizar el diagnóstico, es necesario que estos movimientos no se deban a una enfermedad neurológica médica (p. ej., enfermedad de Huntington, corea de Sydenham, discinesia espontánea, hipertiroidismo, enfermedad de Wilson), por dentaduras postizas mal ajustadas que producen molestias o dolor, o por otros fármacos que pueden dar lugar igualmente a discinesia aguda reversible (p. ej., L-dopa, bromocriptina). A su vez, estos síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno motor agudo inducido por neurolépticos (p. ej., distonía aguda inducida por neurolépticos, acatisia aguda inducida por neurolépticos).

Más de tres cuartas partes de los individuos que padecen discinesia tardía presentan movimientos orofaciales anormales, en un 50 % aproximadamente se afectan los miembros y, por último, el tronco se afecta en una cuarta parte de los casos (discinesia axial). Sólo un 10 % de los individuos presenta esta triple localización de forma simultánea. Aunque también pueden afectarse otros grupos musculares (p. ej., faríngeos, abdominales), esto es relativamente raro, especialmente como síntoma aislado. La afectación de las extremidades o del tronco en ausencia de discinesia orofacial es más habitual en los jóvenes, mientras que esta última es típica sobre todo de las personas mayores.

Síntomas asociados

Los síntomas de la discinesia tardía tienden a agravarse si se toman fármacos estimulantes, anticolinérgicos o se suspende el tratamiento neuroléptico y pueden experimentar un empeoramiento transitorio coincidiendo con reacciones emocionales, estrés y movimientos voluntarios de zonas del cuerpo no afectadas. En cambio, se observan mejorías transitorias mediante técnicas de relajación o bien efectuando movimientos voluntarios de las zonas afectadas del cuerpo. Durante el sueño no suelen aparecer. La discinesia puede desaparecer, al menos temporalmente, al aumentar las dosis de neurolépticos o de ansiolíticos.

La prevalencia global del trastorno en individuos que reciben tratamiento neuroléptico a largo plazo oscila entre el 20 y el 30 %. La incidencia global entre los jóvenes se sitúa entre el 3 y el 5 %/año, mientras que en los ancianos el trastorno parece ser más frecuente, ya que los estudios de prevalencia indican un porcentaje de afectación del 50 % y los de incidencia del 25-30 % después de 1 año de exposición acumulada a los medicamentos neurolépticos. Las cifras de prevalencia también varían dependiendo de dónde se obtienen las muestras; en este sentido, puede comprobarse cómo el trastorno tiende a ser más frecuente entre los pacientes ingresados (especialmente los que se encuentran en instituciones para enfermos crónicos). Varones y mujeres parecen igualmente propensos a padecer el trastorno, si bien esta última podría ostentar un mayor pro-

tagonismo en la tercera edad. Entre los factores de riesgo que se han sugerido para este trastorno cabe citar trastornos del estado de ánimo (sobre todo el trastorno depresivo mayor), enfermedades neurológicas, acumulación de grandes cantidades de fármacos neurolépticos y desarrollo precoz de efectos secundarios de tipo extrapiramidal. Las variaciones de las cifras de prevalencia podrían estar motivadas por la propia definición de la casuística, el modo de prescribir la medicación neuroléptica, el diseño del estudio y las características demográficas de la población estudiada.

El trastorno puede iniciarse a cualquier edad, y habitualmente lo hace de forma insidiosa. Al principio los signos son de carácter mínimo o leve, por lo que suelen pasar desapercibidos, excepto para observadores muy perspicaces. En la mayoría de los casos la discinesia tardía es poco importante y sólo constituye un problema de índole estética. Sin embargo, en los casos más graves puede asociarse a complicaciones médicas generales (p. ej., úlceras en mejillas y lengua; pérdida de piezas dentarias; macroglosia; dificultades para andar, tragar, o respirar; habla en susurros; pérdida de peso; depresión, e ideas de suicidio. Si el individuo afecto de discinesia tardía abandona el tratamiento neuroléptico, en un tercio de los casos el cuadro desaparecerá en el transcurso de los primeros 3 meses y en más del 50 % lo hará a los 12-18 meses, si bien estos porcentajes son inferiores en los ancianos. Cuando se somete a un control periódico a los sujetos que se hallan bajo tratamiento neuroléptico, puede comprobarse que la discinesia tardía se comporta de forma estable en el tiempo aproximadamente en la mitad de los casos, empeora en una cuarta parte y mejora en el resto de los individuos; las personas mayores tienen más probabilidades de que su discinesia tardía empeore o se generalice si persiste la toma de neurolépticos. Cuando se suspende el tratamiento, se estima que un 5-40 % de los casos remite y que este porcentaje aumenta hasta el 50-90 % si la discinesia tardía es de carácter leve.

Diagnóstico diferencial

Los cuadros de discinesia que aparecen durante un tratamiento con neurolépticos pueden remitir si se suspende la administración de estos fármacos. Si a pesar de ello los síntomas persisten durante al menos 4 semanas, se trata de una discinesia tardía con toda seguridad. La discinesia tardía inducida por neurolépticos debe diferenciarse de otros procesos que pueden dar lugar asimismo a discinesia orofacial y corporal. Entre estas entidades cabe citar: **enfermedad de Huntington; enfermedad de Wilson; corea (reumática) de Sydenham; lupus eritematoso sistémico; tirototoxicosis; intoxicación por metales pesados; dentaduras mal ajustadas; discinesia inducida por otros fármacos como L-dopa, bromocriptina o amantadina, y las discinesias de aparición espontánea.** Entre los factores que pueden ayudar a efectuar el diagnóstico diferencial se incluyen la aparición de los síntomas antes de la exposición al fármaco neuroléptico y la presencia simultánea de otros signos neurológicos focales. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que la discinesia tardía inducida por neurolépticos puede coexistir con otros trastornos motores. Puesto que más de un 5 % de los individuos, porcentaje que también aumenta en la tercera edad, presenta un cuadro de discinesia tardía, a veces es difícil demostrar que los fármacos neurolépticos son responsables de la discinesia tardía. La discinesia tardía inducida por neurolépticos debe diferenciarse de los síntomas debidos a un trastorno motor agudo inducido por neurolépticos (p. ej., **distonía aguda inducida por neurolépticos o acatisia aguda inducida por neurolépticos**). La distonía aguda inducida por neurolépticos aparece en los primeros 7 días de haber iniciado o incrementado un tratamiento neuroléptico (o bien de haber reducido las dosis de un fármaco específicamente encaminado a tratar los síntomas extrapiramidales agudos), mientras que la acatisia aguda inducida por neurolépticos lo hace en las primeras 4 semanas de que esto suceda. La discinesia tardía inducida por neurolépticos, por su parte, aparece durante la exposición o al suspender el tratamiento neuroléptico, si bien es necesario que el individuo haya estado tomando estos fármacos durante al menos 3 meses (o 1 mes en personas mayores).

■ Criterios de investigación para G24.0 Discinesia tardía inducida por neurolépticos [333.82]

- A. Aparición de movimientos involuntarios que se localizan en lengua, mandíbula, tronco o extremidades y que se relacionan con la toma de medicamentos neurolépticos.
- B. Estos movimientos involuntarios duran más de 4 semanas y adquieren cualquiera de las siguientes formas:
 - (1) movimientos coreicos (es decir, rápidos, espasmódicos, no repetitivos)
 - (2) movimientos atetósicos (es decir, lentos, sinuosos, continuos)
 - (3) movimientos rítmicos (es decir, estereotipados)
- C. Los signos o síntomas de los Criterios A y B aparecen durante la exposición al fármaco o bien en las 4 primeras semanas que siguen a su abandono para pautas orales (o durante las primeras 8 semanas para pautas *depôt*).
- D. El individuo ha seguido el tratamiento neuroléptico como mínimo 3 meses (o 1 mes en mayores de 60 años).
- E. Los síntomas no se deben a una enfermedad neurológica o médica (p. ej., enfermedad de Huntington, corea de Sydenham, discinesia espontánea, hipertiroidismo, enfermedad de Wilson), dentaduras mal ajustadas o exposición a otros tratamientos que pueden dar lugar a discinesias de carácter agudo y reversible (p. ej., L-dopa, bromocriptina). Las pruebas que confirman la asociación de los síntomas a alguna de estas etiologías incluyen las siguientes: los síntomas preceden a la toma del neuroléptico o se detecta la presencia de signos neurológicos focales inexplicados.
- F. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un trastorno motor agudo inducido por neurolépticos (p. ej., distonía aguda inducida por neurolépticos, acatisia aguda inducida por neurolépticos).

G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos [333.1]

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es la aparición de un temblor postural de carácter fino en relación con la toma de ciertos fármacos, entre los cuales se incluyen el litio, betaadrenérgicos (p. ej., isoproterenol), estimulantes (p. ej., anfetamina), dopaminérgicos, anticomiciales (p. ej., ácido valproico), neurolépticos, antidepresivos y metilxantinas (p. ej., cafeína, teofilina). El temblor es regular y se caracteriza por una oscilación rítmica de los miembros (sobre todo manos

y dedos), la cabeza, la boca o la lengua, cuya frecuencia se sitúa entre 8 y 12 ciclos/seg. Es más fácil de observar cuando la región del cuerpo afectada se mantiene en una postura determinada (p. ej., manos en extensión, boca abierta). Cuando un individuo describe un temblor compatible con esta definición, pero el clínico no puede constatarlo directamente, es aconsejable tratar de recrear la situación en que aquél suele aparecer (p. ej., al beber una taza de café sosteniendo el plato con la otra mano). Los síntomas no se deben a un temblor preexistente ajeno a una etiología farmacológica y no se explica mejor por la presencia de un parkinsonismo inducido por neurolépticos.

Síntomas y trastornos asociados

Los datos disponibles suelen hacer referencia al temblor inducido por litio, medicación frecuente y habitualmente bien tolerada, que puede aparecer ya con dosis terapéuticas. Sin embargo en otras ocasiones provoca situaciones socialmente embarazosas, dificultades laborales e incumplimiento terapéutico. A medida que los niveles séricos de litio se aproximan al umbral de toxicidad, este temblor se torna más grave y se acompaña de contracciones musculares, fasciculaciones o ataxia. Cuando la litemia se mantiene alejada de estos niveles tóxicos, el temblor mejora espontáneamente con el tiempo. Varios factores aumentan el riesgo de temblor inducido por litio (p. ej., edad y litemia elevadas, tratamientos antidepresivo o neuroléptico concomitantes, ingesta excesiva de cafeína, historia personal o familiar de temblores, dependencia del alcohol y ansiedad concurrente). La frecuencia de consultas motivadas por este temblor parece disminuir con la duración del tratamiento. Entre los factores que lo exacerban cabe citar ansiedad, estrés, fatiga, hipoglucemia, tirotoxicosis, feocromocitoma, hipotermia y abstinencia de alcohol.

Diagnóstico diferencial

El temblor postural inducido por medicamentos debe diferenciarse de **temblores preexistentes** no debidos a los efectos de medicamentos. Entre los factores que colaboran a establecer que se trata de un temblor preexistente se encuentra su relación temporal con el inicio del tratamiento, la falta de correlación con los niveles séricos del fármaco y la persistencia del síntoma a pesar de haber abandonado la medicación. Si se da el caso de un temblor preexistente y no inducido por fármacos que empeora con una medicación, este hecho no se considera motivo suficiente para calificarlo como temblor postural inducido por medicamentos, y el diagnóstico correcto será **trastorno motor inducido por medicamentos no especificado**. Los factores, ya mencionados antes, que producen un empeoramiento del temblor postural inducido por medicamentos (p. ej., ansiedad, estrés, fatiga, hipoglucemia, tirotoxicosis, feocromocitoma, hipotermia y abstinencia de alcohol) pueden provocar por sí mismos otros tipos de temblor no relacionados con el tratamiento farmacológico.

El diagnóstico de temblor postural inducido por medicamentos no debe efectuarse si el temblor se explica mejor por la presencia de un parkinsonismo inducido por neurolépticos. El temblor postural inducido por medicamentos no suele aparecer en reposo y se intensifica notoriamente cuando la zona corporal afectada se pone en acción o se mantiene en una postura determinada. En cambio, el temblor del parkinsonismo inducido por neurolépticos suele mostrar una menor frecuencia de oscilación, empeora con el reposo, desaparece con los movimientos intencionados y suele acompañarse de otros síntomas característicos de este síndrome (p. ej., acatisia, rigidez).

■ Criterios de investigación para G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos [333.1]

- A. Aparición de temblor postural fino en relación con el consumo de un medicamento (p. ej., litio, antidepresivos, ácido valproico).
- B. El temblor (p. ej., oscilación regular y rítmica de los miembros, cabeza, boca o lengua) tiene una frecuencia de entre 8 y 12 ciclos/seg.
- C. Los síntomas no se deben a un temblor preexistente no inducido por medicamentos. Entre las pruebas que confirman que los síntomas se deben a un temblor preexistente se incluyen las siguientes: el temblor aparece antes de la toma del medicamento, su intensidad no se correlaciona con los niveles séricos y persiste después de abandonar el tratamiento.
- D. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un parkinsonismo inducido por neurolépticos.

G25.9 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado [333.90]

Esta categoría se reserva para los trastornos motores inducidos por medicamentos que no cumplen los criterios de investigación expuestos con anterioridad. Los ejemplos incluyen: 1) parkinsonismo, acatisia aguda, distonía aguda o movimientos discinéticos asociados a medicación no neuroléptica; 2) síndrome similar al síndrome neuroléptico maligno asociado a fármacos no neurolépticos, y 3) distonía tardía.

Ejes diagnósticos propuestos para estudios posteriores

Escala de mecanismos de defensa

Los *mecanismos de defensa* (o estrategias de afrontamiento) son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno o externo. El individuo suele ser ajeno a estos procesos y a su puesta en funcionamiento. Los mecanismos de defensa median las reacciones personales frente a conflictos emocionales y amenazas de origen interno y externo. Estos mecanismos de defensa han sido divididos conceptual y empíricamente en grupos denominados *niveles de defensa*.

Para poder utilizar esta Escala de mecanismos de defensa, el clínico debe reconocer en un mismo individuo hasta siete de estos mecanismos (empezando por el más prominente), para luego establecer el nivel de defensa que predomina en cada individuo. El clínico debe reconocer mecanismos de defensa que mejor reflejen las estrategias de afrontamiento empleadas por el individuo durante la evaluación y añadir cualquier información disponible sobre los mecanismos de de-

fensa del individuo en el período previo a la evaluación. Los mecanismos de defensa específicos reconocidos por el clínico deben recogerse en los distintos niveles de defensa.

Se expone en primer lugar el Eje de mecanismos de defensa para luego reproducir un ejemplo de registro. El resto del apartado consiste en una lista de definiciones de los mecanismos de defensa específicos y las estrategias de afrontamiento.

Niveles de defensa y mecanismos de defensa individuales

Nivel adaptativo elevado. Este nivel de mecanismo de defensa da lugar a una óptima adaptación en el manejo de los acontecimientos estresantes. Estas defensas suelen maximizar la gratificación y permiten tener conciencia de los sentimientos, las ideas y sus consecuencias. También promueven un óptimo equilibrio entre opciones conflictivas. Ejemplos de defensas en este nivel son:

- afiliación
- altruismo
- anticipación
- autoafirmación
- autoobservación
- sentido del humor
- sublimación
- supresión

Nivel de inhibiciones mentales (formación de compromisos). El mecanismo de defensa en este nivel permite que ideas, sentimientos, recuerdos, deseos o temores potencialmente peligrosos se mantengan fuera de la conciencia del individuo. Ejemplos son:

- abstinencia
- aislamiento afectivo
- desplazamiento
- disociación
- formación reactiva
- intelectualización
- represión

Nivel menor de distorsión de las imágenes. Este nivel se caracteriza por distorsiones de la imagen de uno mismo o de los demás que pueden ser utilizadas para regular la autoestima. Ejemplos son:

- devaluación
- idealización
- omnipotencia

Nivel de encubrimiento. Este nivel permite mantener situaciones de estrés, impulsos, ideas, afectos o responsabilidades desagradables o inaceptables fuera de la conciencia del individuo, sin ser atribuidos erróneamente a causas externas. Ejemplos son:

- negación
- proyección
- racionalización

Nivel mayor de distorsión de las imágenes. Este nivel se caracteriza por una enorme distorsión o atribución incorrecta de las imágenes de uno mismo o de los demás. Ejemplos son:

- fantasía autista
- identificación proyectiva
- polarización de la propia imagen o de la de los demás

Nivel de acción. Este nivel se caracteriza por mecanismos de defensa que se enfrentan a amenazas de origen interno o externo mediante una acción o una retirada. Ejemplos son:

- agresión pasiva
- Comportamiento impulsivo (*acting out*)
- quejas y rechazo de ayuda
- retirada apática

Nivel de desequilibrio defensivo. Este nivel se caracteriza por el fracaso de la regulación de la defensa para contener las reacciones del individuo frente a las amenazas, lo que conduce a una marcada ruptura con la realidad objetiva. Ejemplos son:

- distorsión psicótica
- negación psicótica
- proyección delirante

Hoja de registro: Escala de mecanismos de defensa

A. Defensas o estrategias de afrontamiento actuales: Enumerarlas por orden, empezando por la más prominente.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

B. Nivel de defensa predominante actual: _____

Ejemplo

- Eje I: F33.1 Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado [296.32]
Eje I: F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [305.40]
Eje II: F60.31 Trastorno límite de la personalidad [301.83]
Con rasgos de personalidad antisocial
Eje III: S61.7 Corte intencionado de las venas de la muñeca [881.02]
Eje IV: Detención reciente
Expulsión del hogar por los padres
Eje V: Evaluación global = 45 (en el momento actual)

A. Defensas o estrategias de afrontamiento actuales:

1. polarización
2. identificación proyectiva
3. comportamiento impulsivo (*acting out*)
4. devaluación
5. omnipotencia
6. negación
7. proyección

B. Nivel de defensa predominante actual: nivel mayor de distorsión de las imágenes.

Glosario de mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento específicas

Abstención. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo empleando palabras o comportamientos con el propósito simbólico de negar o plantear enmiendas a pensamientos, sentimientos o acciones.

Afiliación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo acudiendo a los demás en busca de ayuda o apoyo, lo que significa compartir los problemas sin tratar de atribuirlos a los demás.

Agresión pasiva. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mostrando agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Existe una máscara externa de abierta sumisión a los demás, detrás de la que en realidad se esconde resistencia, resentimiento y hostilidad encubiertos. Los mecanismos de agresividad pasiva suelen emerger como respuesta a las demandas de ejecución o cumplimiento independientes, o bien a la falta de gratificación de deseos dependientes, aunque también son una forma de respuesta adaptativa en individuos que ocupan cargos subordinados y que no tienen otro modo de expresar su autoafirmación más abiertamente.

Aislamiento afectivo. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo separando las ideas de los sentimientos originalmente asociados a ellas. El individuo se aparta del componente afectivo asociado a una idea determinada (p. ej., acontecimiento traumático), pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos (p. ej., detalles descriptivos).

Altruismo. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo dedicándose a satisfacer las necesidades de los demás. A diferencia del autosacrificio, a veces característico de la formación reactiva, el individuo obtiene una gratificación bien de tipo vicariante, bien por las respuestas de los demás.

Anticipación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo experimentando reacciones emocionales antes de que ambos se produzcan o bien anticipando sus consecuencias, posibles acontecimientos futuros, y considerando de forma realista respuestas o soluciones alternativas.

Autoafirmación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo expresando directamente sus sentimientos o pensamientos de forma no coercitiva ni manipuladora.

Autoobservación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo reflexionando sobre sus propios pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos, y actuando de acuerdo con ellos.

Comportamiento impulsivo (*acting out*). El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo a través de la acción más que a través de reflexiones o sentimientos. Esta definición es mucho más amplia que el concepto original, que se limita a los sentimientos o deseos transferenciales surgidos durante las sesiones de psicoterapia, ya que pretende incluir los comportamientos que emergen tanto dentro como fuera de la transferencia. El concepto de «*acting-out* defensivo» no es sinónimo de «mal comportamiento», ya que puede probarse que se relaciona con conflictos emocionales.

Desplazamiento. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo reconociendo o generalizando un sentimiento o una respuesta a un objeto hacia otro habitualmente menos importante.

Devaluación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo cualidades exageradamente negativas a sí mismo o a los demás.

Disociación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mediante una alteración temporal de las funciones de integración de la conciencia, memoria, percepción de uno mismo o del entorno, o comportamiento sensorial/motor.

Fantasia autista. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mediante fantasías excesivas que sustituyen la búsqueda de relaciones interpersonales, la acción más eficaz o la resolución de los problemas.

Formación reactiva. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo sustituyendo los comportamientos, los pensamientos o los sentimientos que le resultan inaceptables por otros diametralmente opuestos (este mecanismo de defensa suele actuar en simultaneidad con la represión).

Idealización. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo cualidades exageradamente positivas a los demás.

Identificación proyectiva. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables. A diferencia de la proyección simple, en este caso el individuo no repudia totalmente lo que proyecta. Al contrario, el individuo es consciente de sus afectos o impulsos, pero los interpreta incorrectamente al considerarlos reacciones justificables frente a otras personas. No es raro que el individuo atribuya sus propios sentimientos a otros, haciendo que sea difícil esclarecer quién hizo algo a quién en primer lugar.

Intelectualización. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo generalizando o implicándose en pensamientos excesivamente abstractos para controlar o minimizar sentimientos que le causan malestar.

Negación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás. El término *negación psicótica* se emplea cuando hay una total afectación de la capacidad para captar la realidad.

Omnipotencia. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo pensando o actuando como si dispusiera de poderes o capacidades especiales y fuera superior a los demás.

Polarización El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo viéndose a sí mismo o a los demás como completamente buenos o malos, sin conseguir integrar en imágenes cohesionadas las cualidades positivas o negativas de cada uno. Al no poder experimentar simultáneamente afectos ambivalentes, el individuo excluye de su conciencia emocional una visión y unas expectativas equilibradas de sí mismo y de los demás. A menudo, el individuo idealiza y devalúa alternativamente a la misma persona o a sí mismo: otorga cualidades

exclusivamente amorosas, poderosas, útiles, nutritivas y bondadosas —o exclusivamente malas, odiosas, coléricas, destructivas, repelentes o inútiles.

Proyección. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables.

Quejas y rechazo de ayuda. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mediante quejas o demandas de ayuda que esconden sentimientos encubiertos de hostilidad o resentimiento hacia los demás y que luego se expresan en forma de rechazo a cualquier sugerencia, consejo u ofrecimiento de ayuda. Las quejas o demandas pueden hacer referencia a síntomas físicos o psicológicos o a problemas de la vida diaria.

Racionalización. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos, acciones o sentimientos.

Represión. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo expulsando de su conciencia o no dándose por enterado cognoscitivamente de los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar. El componente afectivo puede mantenerse activo en la conciencia, desprendido de sus ideas asociadas.

Sentido del humor. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo haciendo hincapié en los aspectos divertidos o irónicos de los conflictos o situaciones estresantes.

Sublimación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo canalizando sentimientos o impulsos potencialmente desadaptativos en comportamientos socialmente aceptables (p. ej., deportes de contacto para canalizar impulsos agresivos).

Supresión. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo evitando intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que le producen malestar.

Escala de evaluación global de la actividad relacional (EEGAR)

Instrucciones. La EEGAR puede utilizarse para emitir un dictamen global de las relaciones familiares (o de cualquier otro tipo de relación grupal) que hipotéticamente confeccionarían un espectro continuo que iría desde un sistema de relación competente hasta otro de tipo desestructurado y disfuncional, de forma análoga al Eje V (Escala de evaluación de la actividad global) del DSM-IV. La EEGAR permite al clínico calibrar el grado en que cada uno de los miembros de la familia (o de cualquier otra relación grupal) reúne los requerimientos afectivos o instrumentales en las siguientes áreas:

- A. *Resolución de problemas:* habilidades para negociar objetivos, reglamentos y rutinas; adaptación al estrés; habilidades comunicativas; capacidades para resolver conflictos
- B. *Organización:* mantenimiento de las jerarquías interpersonales y de los límites de cada subsistema; funcionamiento jerarquizado; coaliciones y distribución de poder, control y responsabilidad
- C. *Clima emocional:* tono y alcance de los sentimientos; calidad del cuidado, nivel de preocupación, empatía, implicación y adhesión/compromiso; coincidencia de valores y creencias; correspondencia afectiva mutua, respeto y cuidado; calidad de las relaciones sexuales

En la mayoría de los casos la EEGAR debe emplearse para efectuar una valoración de los mecanismos de relación en el momento actual (p. ej., en el momento de la evaluación). En algunos casos, la EEGAR puede emplearse asimismo para efectuar valoraciones referentes a otros períodos (p. ej., el nivel de relación óptimo exhibido al menos durante 2 meses del pasado año),

Nota: Cuando sea posible se utilizarán los códigos intermedios específicos, es decir, 45, 68, 72. Si no se dispone de la información suficiente, deben emplearse entonces las puntuaciones medias de los cinco intervalos, es decir, 90, 70, 50, 30 o 10.

81-100 Resumen: *La unidad relacional funciona satisfactoriamente a la luz de las autovaloraciones que efectúan los participantes y las opiniones de los observadores.*

Se observan pautas o procedimientos de coincidencia que ayudan a satisfacer las necesidades cotidianas de cada miembro de la familia/pareja; éstos se muestran flexibles al cambio en respuesta a exigencias o acontecimientos inusuales; las estrategias para la resolución de problemas, la comunicación y la negociación permiten solucionar conflictos ocasionales y situaciones temporales estresantes.

Existe comprensión y acuerdo mutuos respecto al papel de cada miembro y las tareas adecuadas a cada uno, se toman decisiones específicas para cada parcela y se reconocen las características diferenciales y los méritos de cada subsistema (p. ej., padres/pareja, hermanos e individuos).

En la familia reina una atmósfera apropiada y optimista; los sentimientos se expresan y se discuten abiertamente y en toda su variedad dentro del ámbito familiar, y existe una atmósfera general de cordialidad, afecto y coincidencia en valores y creencias. Las relaciones sexuales entre los miembros adultos de la familia son satisfactorias.

61-80 Resumen: *La unidad relacional es de algún modo insatisfactoria. Con el tiempo, muchas dificultades pero no todas, se resuelven sin problemas.*

Los problemas cotidianos están perfectamente controlados, pero cabe observar ciertas dificultades para responder a situaciones inusuales. Algunos conflictos están sin resolver, sin llegar a desestructurar la dinámica familiar.

La toma de decisiones suele ser eficaz, pero los esfuerzos para controlarse el uno al otro suelen ser mayores de lo necesario o notoriamente ineficaces. Existe una clara demarcación de cada miembro y sus relaciones, pero a veces uno de los subsistemas específicos se ve despreciado o apartado.

Aunque se expresan libremente la mayoría de los sentimientos, las situaciones de bloqueo o tensión emocional saltan a la vista. Hay cordialidad y afecto, pero suele interrumpirse por la irritabilidad y las frustraciones de uno de los miembros de la familia. La actividad sexual entre los miembros adultos puede ser escasa o problemática.

41-60 Resumen: *La unidad relacional disfruta momentos ocasionales de satisfacción, si bien predominan claramente las relaciones deterioradas e insatisfactorias.*

La comunicación suele verse inhibida por conflictos sin resolver que acostumbran a interferir en las actividades diarias; la adaptación al estrés familiar y a los cambios transitorios resulta significativamente difícil.

La toma de decisiones es competente y efectiva de forma intermitente, pero aun en estas contadas situaciones se pone de manifiesto una excesiva rigidez o una marcada falta de estructura. Las necesidades individuales suelen estar sometidas a las de otro miembro o coalición.

El sufrimiento, los enfados inútiles o el aplanamiento afectivo suelen interrumpir la paz familiar. Aunque todavía hay ciertas muestras de afecto y apoyo entre algunos miembros de la familia, suelen estar desigualmente distribuidas. La actividad sexual entre los miembros adultos acostumbra a ser problemática.

21-40 Resumen: *La unidad relacional se ve obvia y seriamente alterada: los momentos de satisfacción son escasos.*

La vida diaria de la familia/pareja no satisface las necesidades de cada uno de sus miembros, que están excesivamente adheridos o se ignoran. La rutina diaria se ve interrumpida por frecuentes salidas o entradas de nuevos miembros, lo que da lugar a conflictos que crean malestar y a fracasos evidentes y frustrantes en la resolución de los problemas.

La toma de decisiones recae en un único miembro o un pequeño grupo de ellos, o bien es bastante inefectiva. Las características singulares de cada individuo son despreciadas o ignoradas por una coalición de miembros de composición rígida o confusamente fluctuante.

Los momentos de placer conjunto son escasos: las frecuentes muestras de distanciamiento o abierta hostilidad reflejan la existencia de conflictos importantes sin resolver y generan cierto malestar. Los problemas en el terreno sexual están a la orden del día.

1-20 Resumen: *La unidad relacional está demasiado desestructurada como para mantener el contacto y la adhesión entre sus miembros.*

La vida diaria de la familia/pareja es mínima (p. ej., la hora de comer, de acostarse o de levantarse no están programadas); a menudo los miembros de la familia desconocen dónde están los demás o cuándo regresarán; la comunicación entre ellos es poco efectiva.

Se observa una falta total de organización, de forma que no se reconocen las responsabilidades individuales o personales. No es posible identificar o estar de acuerdo con los límites de la unidad relacional en su globalidad o en sus subsistemas. Los miembros de la familia corren peligro físico, son heridos o atacados sexualmente.

La desesperación y el cinismo son permanentes; se presta poca atención a los requerimientos emocionales de los demás; prácticamente no existen sentimientos de adhesión, compromiso o preocupación por el bienestar de los demás.

0 Información inadecuada.

Escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL)

La EEASL es una nueva escala que difiere de la Escala de evaluación global por el hecho de ocuparse exclusivamente del nivel individual de la actividad social y laboral del individuo, no dependiendo directamente de la gravedad global de sus síntomas psicológicos. Asimismo se diferencia por el hecho de considerar la posibilidad de que cualquier deterioro de la actividad social o laboral pueda obedecer a una enfermedad médica. La EEASL suele emplearse para efectuar la evaluación del momento actual (p. ej., nivel de dichas relaciones en el momento de la evaluación), aunque también se utiliza para valorar períodos pasados. Por ejemplo, en ocasiones es útil efectuar una valoración del pasado año (p. ej., el mejor nivel de estas relaciones durante al menos 2 meses del pasado año).

Escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL)

La actividad social y laboral debe considerarse dentro de un espectro continuo que va desde un nivel excelente a un deterioro evidente y completo. Debe incluirse el deterioro debido a impedimentos físicos o a trastornos mentales siempre y cuando causa y efecto estén relacionados directamente. No se consideran los efectos derivados de la falta de oportunidades o de otras limitaciones ambientales.

Código (Nota: Deben utilizarse los códigos intermedios cuando sea posible, p. ej., 45, 68, 72)

| | |
|-----|---|
| 100 | Actividad superior en un amplio abanico de actividades. |
| | |
| 91 | |
| 90 | Actividad buena y efectiva en todas las áreas. |
| | |
| 81 | |
| 80 | Ligero deterioro de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., conflictos interpersonales poco frecuentes, retrasos escolares transitorios). |
| | |
| 71 | |
| 70 | Algunas dificultades en la actividad social, laboral o escolar, aunque en líneas generales puede considerarse correcta; el individuo mantiene algunas relaciones interpersonales significativas. |
| | |
| 61 | |
| 60 | Moderadas dificultades en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con colegas o colaboradores). |
| | |
| 51 | |
| 50 | Seria afectación de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., no tiene amigos, le resulta difícil mantener un empleo). |
| | |
| 41 | |
| 40 | Deterioro importante en diversas áreas, por ejemplo, las relaciones laborales, escolares o familiares (p. ej., el hombre deprimido que evita a sus amigos, se muestra negligente con la familia y es incapaz de obtener un empleo; el niño que se pelea frecuentemente con otros más pequeños, se muestra contestatario en casa y fracasa en el colegio). |
| | |
| 31 | |
| 30 | Incapaz de actividad en la mayor parte de las áreas (p. ej., se pasa el día en la cama; no tiene trabajo, casa ni amigos). |
| | |
| 21 | |
| 20 | A veces no puede mantener la mínima higiene personal y es incapaz de vivir de forma independiente. |
| | |
| 11 | |
| 10 | Incapacidad permanente para mantener la mínima higiene personal. No puede hacer nada sin perjudicarse a sí mismo o a los demás o sin una dosis considerable de apoyo externo (p. ej., cuidado y supervisión de una enfermera). |
| | |
| 1 | |
| 0 | Información inadecuada. |

Nota: La cuantificación de las relaciones psicológicas globales en una escala de 0-100 fue puesta en marcha por Luborsky en la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L: «Clinicians Judgments of Mental Health». *Archives of General Psychiatry* 7:407-417, 1962). Spitzer y colaboradores han llevado a cabo la revisión de la Health-Sickness Rating Scale denominada Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, et al.: «The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance». *Archives of General Psychiatry* 33:766-771, 1976). La EEASL deriva de la Escala de evaluación global (GAS) y su desarrollo se describe en Goldman HH, Skodol AE, Lave TR: «Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning». *American Journal of Psychiatry* 149:1148-1156, 1992.

Apéndice C

Glosario de términos técnicos

Afasia. Alteración de la comprensión o transmisión de ideas mediante el lenguaje en cualquiera de sus formas —lectura, escritura o habla— debida a traumatismos o enfermedades de los centros cerebrales implicados en el lenguaje.

Afecto. Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emoción) experimentados subjetivamente. Tristeza, alegría y cólera son ejemplos usuales de afecto. A diferencial del *humor*, que concierne a un «clima» emocional más generalizado y persistente, el término *afecto* se refiere a cambios más fluctuantes en el «tiempo» emocional. Varía considerablemente lo que se considera gama normal de la expresión del afecto, tanto entre culturas diferentes como en cada una de ellas. Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades:

Aplanado. Ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.

Embotado. Reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional.

Inapropiado. Discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o ideación.

Lábil. Variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva.

Restringido o constreñido. Reducción ligera de la gama y la intensidad de la expresión emocional.

Afonía. Incapacidad para producir los sonidos del habla que requieren el uso de la laringe y que no se debe a una lesión del sistema nervioso central.

Agitación (agitación psicomotora). Excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

Alogia. Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad del habla espontánea (*pobreza del habla*). A veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada (*pobreza del contenido*).

Las definiciones del glosario se han inspirado en las siguientes fuentes: DSM-III; DSM-III-R; American Psychiatric Glossary, 6.ª ed.; Penguin Dictionary of Psychology; Campbell's Psychiatric Dictionary, 6.ª ed.; Stedman's Medical Dictionary, 19.ª ed.; Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 25.ª ed., y Webster's Third New International Dictionary.

Alucinación. Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado. Las alucinaciones deben distinguirse de las *ilusiones*, en las que un estímulo externo real es percibido o interpretado erróneamente. El sujeto puede tener conciencia o no tenerla de que está experimentando una alucinación. Una persona con alucinaciones auditivas puede reconocer que está teniendo una experiencia sensorial falsa, mientras otra puede estar convencida de que la causa de la experiencia sensorial cuenta con una realidad física independiente. El término *alucinación* no suele aplicarse a las falsas percepciones que se producen mientras se sueña, cuando se concilia el sueño (*hipnagógicas*) o cuando se produce el despertar (*hipnopómpicas*). Algunas personas sin trastorno mental tienen experiencias alucinatorias transitorias.

He aquí algunos tipos de alucinaciones:

Auditiva. Alucinación que implica la percepción de sonidos, más frecuentemente de voces. Algunos clínicos e investigadores no incluyen las experiencias que se perciben como originadas dentro de la cabeza y limitan el concepto de alucinaciones auditivas verdaderas a los sonidos cuyo origen sea percibido como externo. Sin embargo, en el DSM-IV no se distingue si el origen de las voces es percibido dentro o fuera de la cabeza.

Congruente con el estado de ánimo. Véase síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

Gustativa. Alucinación que implica la percepción de sabores (habitualmente desagradables).
No congruentes con el estado de ánimo. Véase síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo.

Olfativa. Alucinación que implica la percepción de olores, por ejemplo, de goma quemada o pescado podrido.

Somática. Alucinación que implica la percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (tal como una sensación de electricidad). Debe distinguirse una alucinación somática de ciertas sensaciones físicas nacidas de una enfermedad médica todavía no diagnosticada, de una preocupación hipocondríaca con sensaciones físicas normales y de una alucinación táctil.

Táctiles. Alucinación que implica la percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de *hormigueo* (la sensación de que algo se mueve o reptó bajo la piel).

Visual. Alucinación que implica ver sea imágenes estructuradas, por ejemplo, unas personas, sea imágenes informales, por ejemplo, destellos de luz. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ilusiones, que son percepciones erróneas de estímulos externos reales.

Amnesia. Pérdida de memoria. Hay dos tipos de amnesia:

Anterógrada. Pérdida de memoria relativa a hechos que ocurrieron tras la acción del agente etiológico.

Retrógrada. Pérdida de memoria acerca de hechos que ocurrieron antes de la acción del agente etiológico.

Ansiedad. Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

Ataxia. Pérdida parcial o completa de la coordinación del movimiento muscular voluntario.

Atención. Capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Un trastorno de la atención puede manifestarse por distraibilidad fácil o por dificultad para realizar tareas o concentrarse en el trabajo.

Avoliación. Incapacidad para iniciar actividades dirigidas a un fin y persistir en ellas. Cuando es suficientemente grave para ser considerada patológica, la avoliación es generalizada e impide que el sujeto complete distintos tipos de actividades (p. ej., trabajo, tareas intelectuales, autocuidado).

Catalepsia. Flexibilidad cérea: mantenimiento rígido de una posición corporal durante un período prolongado de tiempo.

Cataplejía. Episodios de pérdida bilateral súbita del tono muscular que provoca el colapso del individuo, a menudo en asociación con emociones intensas como risa, cólera, miedo o sorpresa.

Comportamiento catatónico. Importantes anormalidades motoras que incluyen *inmovilidad motora* (esto es, catalepsia o estupor), ciertos tipos de *actividad motora excesiva* (agitación aparentemente no intencionada ni influida por estímulos externos), *negativismo extremo* (resistencia aparentemente inmotivada a seguir instrucciones o a los intentos de ser movilizad) o *mutismo*, *ciertas posturas o movimientos estereotipados* y *ecolalia* o *ecopraxia*.

Crisis de angustia. Períodos discretos en los que se produce inicio súbito de aprensión, miedo o terror intensos, a menudo asociados a la sensación de muerte inminente. Durante estas crisis hay síntomas como alteración de la respiración o sensación de ahogo; palpitaciones, opresión precordial o pulso acelerado; dolor o molestias torácicas; sofocación, y miedo a volverse loco o a perder el control. Las crisis de angustia pueden ser **inesperadas** (no suscitadas) cuando el inicio de la crisis no se asocie a un precipitante situacional, ocurriendo como «llovido del cielo»; **determinada situacionalmente**, cuando la crisis ocurra casi invariablemente después de la exposición a un precipitante situacional («señal») o en su anticipación; y **predispuesta situacionalmente**, cuando la crisis tienda a producirse en la exposición a un precipitante situacional, pero no se asocie invariablemente con él.

Descarrilamiento («pérdida de asociaciones»). Patrón de lenguaje en el que las ideas de una persona se separan entre sí de modo que no guardan relación mutua alguna o sólo están relacionadas tangencialmente. Al pasar de una frase o oración a otra, el sujeto cambia idiosincrásicamente el tema desde un marco de referencia a otro, pudiendo decir las cosas según una yuxtaposición que carece de relaciones significativas. El trastorno tiene lugar *entre* oraciones, a diferencia de la incoherencia, donde el trastorno se produce *dentro* de las oraciones. Un cambio ocasional de tema inadvertido o sin conexión obvia no constituye descarrilamiento.

Desorientación. Confusión acerca de la hora del día, la fecha o la estación (temporal), acerca de donde se encuentra uno (lugar) o de quién es (persona).

Despersonalización. Alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador exterior (p. ej., sintiéndose como si uno estuviera soñando).

Desrealización. Alteración de la percepción o experiencia del mundo externo de manera que éste parece extraño e irreal (p. ej., las personas pueden parecer desconocidas o mecánicas).

Disartria. Articulación imperfecta del habla debido a alteraciones del control muscular.

Discinesia. Distorsión de movimientos voluntarios con actividad muscular involuntaria.

Disforia por la identidad sexual. Disgusto persistente por algunas, o todas, de las características físicas o papeles sociales que connotan el propio sexo biológico.

Disociación. Alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad, o percepción del ambiente. El trastorno puede ser repentino o gradual, transitorio o crónico.

Disomnía. Trastornos primarios del sueño o del despertar caracterizados por insomnio o hipersomnias como principal síntoma actual. Las disomnias son trastornos de la cantidad, la calidad o la temporalidad del sueño.

Dispersión. Véase Descarrilamiento.

Distonía. Alteración del tono muscular.

Distraibilidad. Incapacidad para mantener la atención, esto es, el pase de un área o tema a otro, con una provocación mínima, o fijación excesiva de la atención en estímulos externos poco importantes o irrelevantes.

Ecolalia. Repetición (eco) patológica, propia de un loro y aparentemente sin sentido de una palabra o frase acabada de emitir por otra persona.

Ecopraxia. Repetición por imitación de los movimientos de otra persona. La acción no es voluntaria y tiene un carácter semiautomático e incontrolable.

Estado de ánimo. Emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad. A diferencia del *afecto*, que se refiere a cambios más fluctuantes en el «tiempo» emocional, el estado de ánimo se refiere a un «clima» emocional más persistente y sostenido.

Éstos son los tipos de estado de ánimo:

Disfórico. Estado de ánimo desagradable, tal como tristeza, ansiedad o irritabilidad.

Elevado. Sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría. Una persona con estado de ánimo elevado puede decir que se siente «arriba», «en éxtasis», «en la cima del mundo» o «por las nubes».

Eutímico. Estado de ánimo dentro de la gama «normal», que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado.

Expansivo. Ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con sobrevaloración del significado o importancia propios.

Irritable. Fácilmente enojado y susceptible a la cólera.

Estado intersexual. Estado en el que un individuo manifiesta mezcladamente, y en distintos grados, características de cada sexo, incluyendo formas físicas, órganos reproductivos y comportamiento sexual.

Estresante psicosocial. Cualquier acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente (y quizá causalmente) al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental.

Estupor. Estado en el que no se responde a la estimulación y se acompaña de inmovilidad y mutismo.

Fase residual. La fase de una enfermedad que ocurre tras la remisión de los síntomas floridos o del síndrome completo.

Fobia. Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror.

Fuga de ideas. Un flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos, que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras. Cuando es grave, el habla puede ser incoherente y desorganizada.

Grandeza. Evaluación desmesurada del valor, poder, conocimientos, importancia o identidad de uno mismo. Cuando es extrema, la grandeza puede alcanzar proporciones delirantes.

Habla apremiante. Habla que es excesiva en cantidad, acelerada y difícil o imposible de interrumpir. Usualmente es de excesivo volumen y empática. Con frecuencia la persona habla sin ninguna incitación social y puede continuar haciéndolo aún cuando nadie le escuche.

Hiperacusia. Sensibilidad dolorosa a los sonidos.

Hipersomnia. Excesiva somnolencia, manifestada por sueño nocturno prolongado, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueño no deseados.

Idea delirante. Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto (p. ej., no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un *continuum* y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo. Con frecuencia es difícil distinguir entre una idea delirante y una idea sobrevalorada (en cuyo caso el individuo tiene una creencia o idea no razonable, pero no la sostiene tan firmemente como en el caso de una idea delirante). Las ideas delirantes se subdividen de acuerdo con su contenido. Algunos de los tipos más frecuentes son los siguientes:

Celos delirantes. Idea delirante de que se es traicionado por el compañero sexual.

Congruente con el estado de ánimo. Véase síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

De grandeza. Idea delirante de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados, o de una relación especial con una deidad o una persona famosa.

De referencia. Idea delirante cuya temática consiste en que ciertos hechos, objetos o personas del ambiente inmediato del sujeto adoptan una significación particular y desusada. Estas ideas delirantes suelen ser de naturaleza negativa o peyorativa, pero también pueden ser de grandiosidad. Difieren de las *ideas de referencia*, donde la falsa creencia no se sostiene tan firmemente ni está tan organizada como una verdadera creencia.

De ser controlado. Idea delirante en que ciertos sentimientos, impulsos o actos se experimentan como si estuvieran bajo el control de alguna fuerza externa más que bajo el de uno mismo.

Difusión del pensamiento. Idea delirante de que los propios pensamientos están siendo difundidos en alta voz de modo que pueden ser percibidos por otros.

Erotomaniaca. Idea delirante de que otra persona, habitualmente de *status* superior, está enamorada del sujeto.

Extraña. Idea delirante que implica un fenómeno que la cultura del sujeto consideraría totalmente inverosímil.

Inserción del pensamiento. Idea delirante de que ciertos pensamientos propios no son de uno mismo, sino que más bien son insertados en la propia mente.

No congruente con el estado de ánimo. Véase síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

Persecutoria. Idea delirante cuyo tema central consiste en que el sujeto (o alguien cercano a él) está siendo atacado, atormentado, golpeado, perseguido o se conspira contra él.

Somática. Idea delirante cuyo principal contenido pertenece a la apariencia o funcionamiento del propio cuerpo.

Idea sobrevalorada. Creencia persistente y no razonable que se mantiene con menos intensidad que la idea delirante (esto es, el sujeto es capaz de aceptar la posibilidad de que su creencia puede no ser cierta). La creencia no es aceptada habitualmente por otros miembros de la cultura o subcultura a que pertenece el sujeto.

Ideación paranoide. Ideación que implica sospechas o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante.

Ideas de referencia. Sensación de que ciertos incidentes causales o que determinados acontecimientos externos tienen un significado particular y desusado que es específico para cada sujeto. Debe distinguirse de un *delirio de referencia*, en el que existe una creencia sostenida con convicción delirante.

Identidad sexual. Convicción interna de una persona acerca de ser varón o mujer.

Ilusión. Percepción o interpretación errónea de un estímulo externo real, por ejemplo, escuchando el rumor de unas hojas o el sonido de unas voces. Véase también alucinación.

Incoherencia. Lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. La irregularidad ocurre *dentro* de las oraciones, a diferencia del descarrilamiento o dispersión, en el que la alteración se produce *entre* las oraciones. La incoherencia a veces ha sido denominada «ensalada de palabras» para poner de manifiesto el grado de desorganización lingüística. No deben considerarse como incoherencia ciertas construcciones escasamente gramaticales o usos idiomáticos característicos de una cultura o región particulares, una falta de escolarización o un bajo nivel intelectual. El término no suele aplicarse cuando hay pruebas de que el trastorno del habla se debe a una afasia.

Insomnio. Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o a causa de la mala calidad del sueño. Éstos son los tipos de insomnio:

Insomnio inicial. Dificultad para conciliar el sueño.

Insomnio medio. Despertar a media noche después de haber conciliado el sueño, aunque con dificultades.

Insomnio terminal. Despertar antes de la hora usual de hacerlo, con incapacidad para reemprender el sueño.

Lentitud psicomotora. Enlentecimiento generalizado visible de los movimientos y del habla.

Macropsia. Percepción visual de que los objetos son mayores de lo que realmente son.

Mecanismo de defensa. Proceso psicológico automático que protege al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos o internos. Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas. Algunos mecanismos de defensa (p. ej., proyección, dicotomización, y «*acting out*») son casi siempre desadaptativos. Otros, como la supresión y la negación, pueden ser desadaptativos o adaptativos en función de su gravedad, inflexibilidad y el contexto en el que ocurran. En la página 767 se presentan las definiciones de algunos mecanismos de defensa específicos, señalando cómo deben ser registrados utilizando la escala de mecanismos de defensa.

Medicamento agonista. Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente, que actúa sobre un receptor y es capaz de producir el efecto máximo que puede alcanzarse estimulando dicho receptor. Un **agonista parcial** sólo es capaz de producir menos del efecto máximo, aunque se administre en concentración suficiente para fijarse a todos los receptores disponibles.

Medicamento agonista/antagonista. Sustancia química extrínseca a sustancias producidas endógenamente que actúa sobre una familia de receptores (como los receptores de los opiáceos μ , δ y κ), de manera que es un agonista o agonista parcial respecto de un tipo de receptor y antagonista respecto de otro.

Medicamento antagonista. Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente que ocupa un receptor, no produce efectos fisiológicos e impide que factores químicos endógenos y exógenos produzcan algún efecto en dicho receptor.

Micropsia. Percepción visual de que los objetos son menores de lo que realmente son.

Movimientos estereotipados. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo y no funcional (p. ej., sacudir o mover las manos, balancear el cuerpo, golpear la cabeza, morder o morderse, automorderse, pincharse la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).

Nistagmo. Movimiento rítmico involuntario de los ojos, que consiste en temblores rápidos de pequeña amplitud en una dirección y un movimiento recurrente, mayor, más lento, en la dirección opuesta. El nistagmo puede ser horizontal, vertical o rotatorio.

Papel o rol sexual. Actitudes, patrones de comportamiento y atributos de personalidad definidos por la cultura en que el individuo vive como papeles sociales estereotipadamente «masculinos» o «femeninos».

Parasomnía. Comportamiento o hechos fisiológicos anormales que ocurren durante el sueño o en las transiciones sueño-vigilia.

Pensamiento mágico. Creencia errónea de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán o evitarán un hecho concreto de un modo que desafía las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas. El pensamiento mágico puede formar parte del desarrollo normal del niño.

Personalidad. Patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los *rasgos de personalidad* son aspectos prominentes de la personalidad que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.

Pródromo. Signo o síntoma premonitorio o anticipado de un trastorno.

Psicótico. Este término ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente. La definición más estricta de *psicótico* se limita a ideas delirantes o alucinaciones prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría alucinaciones significativas que el individuo acepta como experiencias alucinatorias. Todavía es más amplia una definición que incluya asimismo otros síntomas positivos de esquizofrenia (esto es, habla desorganizada, comportamiento intensamente desorganizado o catatónico). A diferencia de estas definiciones basadas en síntomas, la definición utilizada en el DSM-II y en la CIE-9 era probablemente demasiado inclusiva y se centraba en la gravedad de la incapacidad funcional, de modo que un trastorno mental era denominado *psicótico* si daba lugar a «una alteración que interfiere seriamente en la capacidad para satisfacer exigencias corrientes de la vida». Finalmente, el término ha sido definido conceptualmente como una pérdida de los límites del yo o una importante alteración de la verificación de la realidad. Basándose en sus rasgos característicos, los distintos trastornos del DSM-IV subrayan diferentes aspectos de las definiciones de *psicótico*.

Retrospectiva. Recurrencia de un recuerdo, sentimiento o experiencia perceptiva del pasado.

Sexo. *Status* biológico de una persona en cuanto varón, hembra o incierto. En función de las circunstancias, esta determinación puede basarse en la apariencia de los genitales externos o del cariotipo.

Signo. Manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado.

Síndrome. Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente coocurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

Sinestesia. Estado en el que una experiencia sensorial estimula otra modalidad de experiencia sensorial (p. ej., un sonido produce la sensación de un color particular).

Síntoma. Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador.

Síntoma de conversión. Pérdida o alteración del funcionamiento sensorial o motor voluntario que sugiere una enfermedad médica o neurológica. Se supone que ciertos factores psicológicos están asociados al desarrollo del síntoma, de modo que el síntoma no se explica por completo por una enfermedad médica o neurológica ni por los efectos directos de una sustancia. El síntoma no está producido intencionadamente ni es fingido, y no está sancionado culturalmente.

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es plenamente coherente con los temas típicos de un estado de ánimo deprimido o maníaco. Si el ánimo es depresivo, el contenido de las ideas delirantes o las alucinaciones consistirá en temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si parten de conceptos autodespectivos como un castigo merecido. Si el ánimo es maníaco, el contenido de los delirios o alucinaciones incluirá temas sobre valor, poder, conocimientos o identidad exagerada.

dos o sobre una relación especial con una deidad o persona famosa. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si se basan en conceptos como un valor exagerado o un castigo merecido.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo. Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no es coherente con los temas típicos de un ánimo depresivo o maníaco. En el caso de la depresión los delirios o las alucinaciones no implicarán temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. En el caso de la manía, los delirios o las alucinaciones no entrañarán temas de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o de relaciones especiales con una deidad o un personaje famoso. Son ejemplos de síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo los delirios de persecución (sin contenido auto-despectivo o de grandeza), la inserción del pensamiento, la difusión del pensamiento y las ideas delirantes de ser controlado, cuyo contenido no guarda relación aparente con ninguno de los temas anteriormente enumerados.

Tic. Movimiento motor o vocalización involuntarios, súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados.

Transexualismo. Importante disforia por la identidad sexual asociada a un deseo persistente de hacerse con las características físicas y los papeles sociales que connotan el otro sexo biológico.

Apéndice D

Índice de modificaciones del DSM-IV

Este apéndice describe las principales modificaciones realizadas en el DSM-III-R que han sido incluidas en los términos y categorías del DSM-IV. Los trastornos enumerados se citan siguiendo el orden en que aparecen en la clasificación DSM-IV. El índice incluye los diagnósticos que han sido introducidos en el DSM-IV y los diagnósticos DSM-III-R que han sido eliminados o subsumidos en otras categorías DSM-IV. En el apartado «Uso del manual», se halla una explicación de las convenciones, secciones del texto y plan organizativo utilizados en el DSM-IV.

Sistema multiaxial. En el Eje I del DSM-IV se han codificado los trastornos generalizados del desarrollo, los trastornos del aprendizaje, el trastorno de las habilidades motoras y los trastornos de la comunicación (que estaban codificados en el Eje II del DSM-III-R). En el DSM-IV sólo se mantienen codificados en el Eje II los trastornos de la personalidad y el retraso mental. El Eje III continúa utilizándose para codificar enfermedades médicas. En el DSM-IV, el Eje IV se utiliza para informar acerca de problemas psicosociales y ambientales. En cambio, el Eje IV del DSM-III-R proporcionaba una escala para evaluar la gravedad de los estresantes. El Eje V (la Escala de evaluación global de la actividad) es esencialmente igual que en el DSM-III-R, con la excepción de que la escala se extiende hasta los 100 puntos para incluir el nivel de actividad más elevado. En el apéndice B de la página 767 se han incluido unas escalas optativas (para la actividad social y laboral al margen de la sintomatología, para las relaciones interpersonales y para los mecanismos de defensa).

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

Retraso mental. Se han modificado los criterios para hacerlos más compatibles con la definición de la American Association of Mental Retardation.

Trastornos del aprendizaje. La denominación de trastorno de las habilidades académicas que aparecía en el DSM-III-R ha sido modificada para reflejar lo que es un uso clínico común. Se ha cambiado el criterio de exclusión (Criterio C) para permitir un diagnóstico de trastorno del aprendizaje en presencia de un déficit sensorial cuando las dificultades en el aprendizaje sean superiores a las habitualmente asociadas al déficit sensorial en cuestión. Además, se ha modificado el criterio de exclusión del DSM-III-R para permitir el diagnóstico de un trastorno del aprendizaje en presencia de una enfermedad médica (o neurológica). A diferencia de lo que sucedía en el DSM-III-R, los trastornos del aprendizaje han sido codificados en el Eje I del DSM-IV.

Trastornos de la comunicación. Esta sección ha reunido bajo un solo encabezamiento todos los trastornos del habla y el lenguaje que en el DSM-III-R se incluían en dos secciones separadas: trastornos específicos del desarrollo y trastornos del lenguaje no clasificados en otros apartados.

Trastorno del lenguaje expresivo. Este diagnóstico ya no se excluye en presencia de un déficit motor del habla, un déficit sensorial o una privación ambiental cuando las dificultades del lenguaje sean superiores a las habitualmente asociadas a tales problemas. A diferencia de lo que sucedía en el DSM-III-R, el trastorno del lenguaje expresivo se codifica en el Eje I del DSM-IV.

Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo. Este diagnóstico sustituye al trastorno del desarrollo del lenguaje receptivo del DSM-III-R, reconociendo el hecho de que los problemas del lenguaje receptivo no ocurren aisladamente, sin ir acompañados de problemas del lenguaje expresivo. Este diagnóstico ya no se excluye en presencia de un déficit motor del habla, un déficit sensorial o una privación ambiental cuando las deficiencias del lenguaje sean superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas. A diferencia de lo que sucedía en el DSM-III-R, el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo se codifica en el Eje I del DSM-IV.

Trastorno fonológico. A fin de adaptarse a la terminología actual, se ha modificado el nombre de trastorno del desarrollo de la articulación que aparecía en el DSM-III-R. Este diagnóstico ya no se excluye en presencia de un déficit motor del habla, un déficit sensorial o una privación ambiental cuando las deficiencias del lenguaje sean superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas. A diferencia de lo que sucedía en el DSM-III-R, el trastorno fonológico se codifica en el Eje I del DSM-IV.

Tartamudeo. La tabla de criterios del DSM-III-R consistía en una definición de una sola frase. Se han añadido criterios más específicos y amplios.

Trastornos generalizados del desarrollo. A diferencia de lo que sucedía en el DSM-III-R, los trastornos generalizados del desarrollo se codifican en el Eje I del DSM-IV.

Trastorno autista. En el DSM-IV se mantienen las características definitorias del DSM-III-R (interacción social alterada, problemas de comunicación y patrones estereotipados de comportamiento), pero los ítems individuales y el algoritmo diagnóstico general han sido modificados para: 1) mejorar la utilidad clínica reduciendo el número de ítems de 16 a 12 e incrementar la claridad de cada ítem; 2) aumentar la compatibilidad con los criterios diagnósticos para investigación de la CIE-10, y 3) hacer más estricta la definición de caso a fin de que se conforme más estrechamente con el juicio clínico, el DSM-III y la CIE-10. Además, un requisito de «edad de inicio» (antes de los 3 años de edad en el DSM-IV), que había sido suprimido en el DSM-III-R, se ha reinstaurado para adecuarse al uso clínico e incrementar la homogeneidad de esta categoría.

Trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno de Asperger. Se han incluido estos tres trastornos para mejorar el diagnóstico diferencial y conseguir una mayor especificidad al describir a los sujetos diagnosticados, sea de trastorno autista, sea de trastorno generalizado del desarrollo no especificado según el DSM-III-R.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Este diagnóstico integra en una categoría más amplia lo que eran dos categorías en el DSM-III-R: trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno por déficit de atención indiferenciado (sin hiperactividad). Las revisiones de la literatura, los análisis de datos y los resultados de los ensayos de campo sugieren

que este trastorno resulta mejor concebido como un trastorno unitario con diferentes patrones predominantes de síntomas. El DSM-IV suministra un conjunto de criterios con tres subtipos (tipo combinado, con predominio del déficit de atención y con predominio hiperactivo-impulsivo) que permiten al clínico subrayar la predominancia sea de los síntomas de déficit de atención, sea de los síntomas de hiperactividad-impulsividad. El criterio A organiza los ítems en tres grupos: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. A fin de reducir los diagnósticos falsos positivos, se ha añadido el Criterio C, que exige la presencia de síntomas en dos o más situaciones (p. ej., la escuela, el trabajo y el hogar).

Trastorno disocial. La lista de ítems del DSM-III-R ha sido modificada e incrementada (añadiendo 2 ítems: «estar fuera de casa por la noche» e «intimidar a otros»). Esta modificación se basa en los resultados de estudios de campo y proporciona una definición que incluye comportamientos característicos de muchachos con trastorno disocial. Además, y a fin de facilitar su uso, los ítems han sido organizados según grupos afines temáticamente (agresión a personas y animales, destrucción de propiedades, fraudes o robos, violaciones graves de las normas). En el DSM-IV se han incluido nuevos subtipos basados en la edad de inicio con el fin de reflejar que la edad temprana de inicio entraña un pronóstico peor y tiende a estar más asociada al comportamiento agresivo y al trastorno antisocial de la personalidad de los adultos.

Trastorno negativista desafiante. A partir de resultados obtenidos en estudios de campo, se ha suprimido un ítem del Criterio A («usa un lenguaje obsceno»). Además, se ha añadido un criterio de alteraciones o perjuicios que facilite determinar los límites con la normalidad.

Trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez. Se ha modificado el nombre de esta categoría para reflejar la ubicación de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en una sección distinta de los trastornos de la conducta alimentaria.

Pica. Se ha modificado el Criterio DSM-III-R que excluía este trastorno en presencia de esquizofrenia o de un trastorno generalizado del desarrollo con el fin de facilitar el diagnóstico en presencia de otro trastorno mental si el comportamiento en cuestión es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Trastorno de rumiación. Se ha omitido el criterio que requería pérdida de peso o incapacidad para adquirir el peso esperado, puesto que puede haber alteraciones clínicas significativas en ausencia de tales características, y así se permite clarificar los límites con el trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez temprana.

Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez. Se añadió esta nueva categoría para proporcionar cobertura diagnóstica a niños incapaces de comer adecuadamente y que experimentan problemas para aumentar o mantener el peso.

Trastornos de tics. El límite superior de la edad de inicio se ha reducido desde los 21 hasta los 18 años para hacerla compatible con lo señalado por los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10. También se ha añadido un criterio que especifica que los tics provocan malestar o deterioro clínicamente significativos.

Encopresis. El requisito de duración se ha reducido de 6 a 3 meses a fin de reflejar lo que es habitual en la clínica y permitir una detección más temprana de los casos. En la actualidad el trastorno se codifica de acuerdo con la presencia o ausencia de estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.

Enuresis (no debida a una enfermedad médica). La frecuencia y la duración especificadas del trastorno han pasado de dos veces al mes a dos veces por semana durante 3 meses consecutivos en un intento por reducir los diagnósticos falsos positivos. A fin de evitar los diagnósticos falsos negativos, el Criterio B señala asimismo que el diagnóstico también puede establecerse por debajo de tales frecuencias si existe malestar o deterioro clínicamente significativos.

Trastorno de ansiedad por separación. Dos ítems del DSM-III-R (8 y 9) se han combinado en orden a reducir su redundancia. El requisito de duración se ha incrementado hasta 4 semanas en aras de su compatibilidad con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10.

Mutismo selectivo. Se han añadido ciertas precisiones para reducir la identificación de falsos positivos: un criterio de duración de 1 mes, la exclusión de niños que sólo permanecen silenciosos durante el primer mes de escolaridad, un criterio que requiere un deterioro clínicamente significativo y un criterio que exige que la falta de habla no se explique mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación o por falta de conocimiento del lenguaje hablado requerido en una situación social. Además, se ha cambiado el nombre de mutismo electivo que aparecía en el DSM-III-R, el cual resultaba menos descriptivo e implicaba motivación.

Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez. Se han añadido subtipos que designan un tipo inhibido *versus* un tipo desinhibido; así se facilita la compatibilidad con el CIE-10 (el cual divide este trastorno en otros dos).

Trastorno de movimientos estereotipados. Se ha cambiado la denominación que aparecía en el DSM-III-R, trastorno por esterotipias/hábitos motores, para hacerla compatible con la CIE-10. A diferencia del DSM-III-R, el DSM-IV especifica que los diagnósticos tanto de retraso mental como de trastorno de movimientos estereotipados sólo se establecen si el comportamiento estereotipado o autolesivo es de suficiente gravedad como para convertirse en objeto de tratamiento. Además, se instaura el comportamiento autolesivo como una especificación.

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

En el DSM-III-R estos trastornos se incluían en la sección de trastornos mentales orgánicos. En el DSM-IV se ha eliminado el término «trastornos mentales orgánicos» porque implica que los otros trastornos del manual no tienen un componente «orgánico».

Delirium. Para facilitar el diagnóstico diferencial, esta sección incluye el delirium debido a enfermedad médica y el delirium inducido por sustancias, que eran clasificados por separado en el DSM-III-R, y añade una nueva categoría, el delirium debido a múltiples etiologías. Varios de los criterios DSM-III-R (nivel de conciencia reducido, trastorno del sueño, cambios psicomotores) han desaparecido, porque suelen tener otras causas o son difíciles de evaluar, especialmente en una población médica o quirúrgica general. Además, el pensamiento desorganizado ya no es un criterio requerido, porque no puede evaluarse en individuos que son mudos.

Demencia. Al igual que en el DSM-III-R, esta subsección incluye la demencia tipo Alzheimer y la demencia vascular (que se denominaba demencia multiinfarto en el DSM-III-R), pero también incluye una lista específica de distintas demencias debidas e enfermedades neurológicas y médica, la demencia persistente inducida por sustancias y la demencia debida a múltiples etiologías. Esta organización está destinada a facilitar el diagnóstico diferencial. La definición de demencia ha sido reorganizada y simplificada a fin de clarificar que el trastorno se caracteriza por

déficit cognoscitivos múltiples que deben incluir una afectación de la memoria. El cambio de personalidad, que era una característica diagnóstica en el DSM-III-R, ha sido trasladado al apartado de «Síntomas y trastornos asociados» del texto DSM-IV a causa de su relativa falta de especificidad para la demencia.

Trastornos amnésicos. Esta sección incluye el trastorno amnésico debido a enfermedad médica y el trastorno amnésico persistente inducido por sustancias, que se incluían separadamente en el DSM-III-R. Esta organización facilita el diagnóstico diferencial. Se ha simplificado la definición de trastorno amnésico y se ha subrayado la descripción de su característica esencial (desarrollo de una alteración de la memoria).

Trastornos mentales debidos a enfermedad médica no clasificados en otros apartados

Trastorno catatónico debido a enfermedad médica. Se ha incluido esta categoría porque constituye una explicación frecuente de algunos síntomas catatónicos y resulta importante en su diagnóstico diferencial.

Cambio de personalidad debido a enfermedad médica. En este trastorno, denominado trastorno orgánico de la personalidad en el DSM-III-R, se han añadido los subtipos lábil, desinhibido, agresivo, apático y paranoico.

Trastornos relacionados con sustancias

En el DSM-III-R estos trastornos se localizaban en dos secciones diferentes: trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (esto es dependencia y abuso) y trastornos mentales orgánicos inducidos por sustancias psicoactivas. Por razones prácticas, los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias se incluyen ahora en una sola sección de «Trastornos relacionados con sustancias».

Dependencia de sustancias. Los nueve ítems incluidos en el DSM-III-R se han reducido a siete; se han combinado dos ítems del DSM-III-R que implicaban abstinencia y el Criterio 4 del DSM-III-R (esto es, incapacidad para cumplir con obligaciones importantes) ha sido trasladado al conjunto de criterios de abuso para mejorar la distinción entre dependencia y abuso. Se ha establecido una subtipificación de la dependencia fisiológica para facilitar al clínico la constatación de la presencia de tolerancia o abstinencia. El criterio de duración ha sido eliminado por dos razones: 1) resulta redundante, puesto que cada uno de los ítems requiere una duración clínicamente significativa para ser considerado presente, y 2) se ha añadido en el DSM-IV un criterio de agrupación especificando que debe haber por lo menos tres ítems durante el mismo período de 12 meses. Se han incrementado las especificaciones de curso, haciéndolas más específicas a fin de tener en cuenta las diferencias existentes entre una remisión temprana y sostenida, parcial y total, y si la remisión ocurrió mientras el sujeto seguía una terapéutica agonista o se hallaba en un ambiente controlado.

Abuso de sustancias. En el DSM-III-R el abuso de sustancias era una categoría residual, sin un marco conceptual claro. En el DSM-IV el abuso de sustancias se conceptualiza como un patrón desadaptativo del consumo de sustancias conducente a consecuencias adversas que ocurre en ausencia de dependencia de sustancias. Se ha incrementado la lista de ítems de dos a cuatro, añá-

diendo la «incapacidad para cumplir con obligaciones importantes» y «problemas legales recurrentes relacionados con sustancias».

Intoxicación por sustancias. No se ha modificado la definición general de intoxicación, pero se han perfeccionado algunos criterios de intoxicación específicos por sustancias. Los criterios para la intoxicación por anfetamina y la intoxicación por cocaína son ahora equivalentes.

Intoxicación idiosincrásica por alcohol. Se ha eliminado como categoría separada dada la ausencia de datos demostrativos de que constituye un trastorno distinto de la intoxicación por alcohol.

Abstinencia de sustancias. No se ha modificado la definición general de abstinencia, pero se han perfeccionado algunos criterios para la abstinencia específica de sustancias. Los criterios para la abstinencia de alcohol y abstinencia de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos son ahora equivalentes.

Criterios para los trastornos inducidos por sustancias. El DSM-III-R proporcionaba unos criterios que indicaban la asociación entre clases concretas de sustancias y presentaciones sindrómicas concretas inducidas por sustancias. A partir de datos que apoyan la existencia y relevancia clínica de algunas combinaciones adicionales, estos criterios han sido ampliados en el DSM-IV. Las nuevas categorías incluyen: 1) para el alcohol: trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y del sueño, así como disfunción sexual; 2) para la anfetamina: trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y del sueño, y disfunción sexual; 3) para la cafeína: trastornos de ansiedad y del sueño; 4) para la *Cannabis*: delirium y trastorno de ansiedad; 5) para la cocaína: trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y del sueño, así como disfunción sexual; 6) para los alucinógenos: delirium y trastorno de ansiedad; 7) para sustancias inhaladas: delirium, demencia persistente y trastornos psicóticos, del estado de ánimo y de ansiedad; 8) para los opiáceos: delirium y trastornos psicóticos, del estado de ánimo y del sueño, así como disfunción sexual; 9) para la fenciclidina: trastorno de ansiedad; 10) para los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos: demencia persistente, trastornos psicóticos, del estado de ánimo, de ansiedad y del sueño, y disfunción sexual. También se incluyen especificaciones para indicar si los síntomas tuvieron su inicio durante una intoxicación o una abstinencia.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Esta sección reúne los contenidos de tres secciones del DSM-III-R: esquizofrenia, trastorno delirante y trastorno psicótico no clasificado en otros apartados.

Esquizofrenia. El DSM-IV aumenta la duración requerida de los síntomas de la fase activa desde 1 semana, según el DSM-III-R, hasta 1 mes, a fin de reducir los diagnósticos falsos positivos e incrementar la compatibilidad con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10. Se ha simplificado la presentación de síntomas característicos en el Criterio A. En el Criterio A se han incluido nuevos síntomas negativos (alogia y abulia). Se ha simplificado la definición de las fases prodrómica y residual a fin de eliminar la lista de síntomas específicos. Se han adaptado de la CIE-10 nuevas especificaciones de curso.

Trastorno esquizoafectivo. Se ha modificado el conjunto de criterios para referirlos a un episodio ininterrumpido de la enfermedad más que a un patrón de síntomas a lo largo de la vida del sujeto.

Trastorno psicótico breve. Se ha ampliado el constructo DSM-III-R de psicosis reactiva breve eliminando el requisito de un estresante más grave (aunque esto puede indicarse por el subtipo con desencadenante grave). Ahora, la categoría resultante incluye todos los trastornos psicóticos que duran menos de 1 mes y que no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo ni se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica. Además, la duración mínima de los síntomas psicóticos se ha ampliado de unas horas a un día.

Trastorno psicótico debido a enfermedad médica. Los términos del DSM-III-R «trastorno delirante orgánico» y «alucinosis orgánica» se aplicaban a los trastornos inducidos por sustancias y a los debidos a una enfermedad médica. El DSM-IV crea dos trastornos basados en la etiología (trastorno psicótico debido a enfermedad médica y trastorno psicótico inducido por sustancias [v. después]), pero combina el trastorno delirante y la alucinosis en un solo trastorno psicótico. En la subtipificación se preserva la distinción entre presentaciones que son predominantemente delirantes frente a aquellas en las que predominan las alucinaciones. Con el fin de facilitar el diagnóstico diferencial, el trastorno psicótico debido a enfermedad médica se incluye en la sección «esquizofrenia y otros trastornos psicóticos».

Trastorno psicótico inducido por sustancias. Los términos del DSM-III-R «trastorno delirante orgánico» y «alucinosis orgánica» se aplicaban a los trastornos inducidos por sustancias y a los debidos a enfermedad médica. El DSM-IV crea dos trastornos basados en la etiología (trastorno psicótico debido a enfermedad médica [v. antes] y trastorno psicótico inducido por sustancias), pero combina el trastorno delirante y la alucinosis en un solo trastorno psicótico. En la subtipificación se preserva la distinción entre presentaciones que son predominantemente delirantes frente a aquellas en las que predominan las alucinaciones. Para facilitar el diagnóstico diferencial, el trastorno psicótico inducido por sustancias se incluye en la sección «Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos».

Trastornos del estado de ánimo

Episodio depresivo mayor. El DSM-IV añade un Criterio C para asegurar la significación clínica de la presentación sintomática. Además, el DSM-IV incluye un Criterio E que clarifica los límites con el duelo; esto es, un episodio depresivo mayor puede diagnosticarse si los síntomas persisten durante más de 2 meses tras la pérdida del ser querido.

Episodio maníaco. En el DSM-IV se ha reinstaurado la duración de 1 semana (prevista en el DSM-III y suprimida en el DSM-III-R). A diferencia del DSM-III-R, los episodios maníacos claramente precipitados por un tratamiento antidepresivo son diagnosticados como episodios maníacos inducidos por sustancias y no cuentan para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio mixto. En el DSM-III-R los episodios mixtos no tenían un conjunto de criterios separados y en su lugar eran definidos como uno de los subtipos del trastorno bipolar. En el DSM-IV se ha establecido un conjunto de criterios para especificar que los criterios sintomáticos tanto del episodio maníaco como del episodio depresivo mayor se satisfacen casi cada día durante 1 semana.

Estudio hipomaniaco. En el DSM-III-R los episodios hipomaniacos no tienen un conjunto de criterios separado y en su lugar eran definidos con los mismos criterios (excepto para la gravedad) que un episodio maníaco. En el DSM-IV se ha establecido un conjunto de criterios separado que especifica una duración del cambio del estado de ánimo (distinto del estado de ánimo no

deprimido habitual) de por lo menos 4 días, y un cambio inequívoco en la actividad que los demás puedan observar. En contraste con la manía, la hipomanía se define como no de suficiente gravedad para causar perjuicios importantes o requerir hospitalización.

Trastorno distímico. Se ha suprimido la subtipificación del DSM-III-R de primario *versus* secundario vistas la dificultad de su aplicación y la ausencia de datos en su apoyo. El DSM-IV añade un criterio para asegurar la significación clínica de la presentación sintomática.

Trastornos bipolares. En el DSM-IV se han modificado la organización y la terminología de los trastornos bipolares. Los trastornos bipolares se han dividido en trastorno bipolar I y trastorno bipolar II. Los trastornos bipolares I se han dividido en episodio maníaco simple y episodio más reciente hipomaníaco, maníaco, mixto, depresivo y no especificado.

Trastorno bipolar I, episodio maníaco único. Este trastorno es nuevo en el DSM-IV y se ha añadido para incrementar la especificidad y la compatibilidad con los requisitos de la codificación CIE-10. A fin de definir la recurrencia se ha establecido una duración de 2 meses sin síntomas maníacos.

Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco. Este trastorno es nuevo en el DSM-IV y se ha añadido para aumentar la especificidad y la cobertura.

Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto. En el DSM-III-R el episodio mixto incluía presentaciones de síntomas maníacos y depresivos que se entremezclaban o alternaban rápidamente cada pocos días, con el requisito de que los síntomas depresivos duraran por lo menos un día entero. En el DSM-IV se ha modificado este trastorno exigiendo por lo menos 1 semana tanto de síntomas maníacos como depresivos mayores, y que ambos ocurran casi cada día.

Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado. Este trastorno es nuevo en el DSM-IV y permite al clínico verificar el inicio de un nuevo episodio relacionado con el estado de ánimo antes de que se satisfagan los criterios de duración.

Trastorno bipolar II. Se ha introducido este trastorno como una categoría separada en el DSM-IV para incluir lo que en el DSM-III-R era un ejemplo de trastorno bipolar no especificado. El trastorno bipolar II describe presentaciones en las que hay por lo menos un episodio depresivo mayor y por lo menos un episodio hipomaníaco, pero, a diferencia del trastorno bipolar I, no hay historia de episodios maníacos. El trastorno bipolar II ha surgido y ha sido incluido en respuesta a la evidencia de las revisiones de la literatura y de los análisis de datos que sugieren su utilidad y a fin de incrementar su cobertura diagnóstica.

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. El texto y los criterios correspondientes a este trastorno que se denominaba trastorno orgánico del estado de ánimo en el DSM-III-R se han incluido en la sección «Trastornos del estado de ánimo» para facilitar el diagnóstico diferencial.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. El texto y los criterios correspondientes a este trastorno que se denominaba trastorno orgánico del estado de ánimo en el DSM-III-R se han incluido en la sección «Trastornos del estado de ánimo» para facilitar el diagnóstico diferencial.

Con síntomas catatónicos. Ésta es una nueva especificación introducida en el DSM-IV para reflejar que varias presentaciones catatónicas se asocian a trastornos del estado de ánimo.

Con síntomas melancólicos. Los criterios DSM-IV para esta especificación se apartan del DSM-III-R y son esencialmente los mismos que en el DSM-III, excepto en que requieren una pérdida de capacidad para el placer o una ausencia de reactividad ante estímulos placenteros (más que ambas cosas). Este hecho refleja los datos de la literatura en favor de que la definición del DSM-III puede haber sido excesivamente estricta, pero en otros aspectos superior a la definición del DSM-III-R.

Con síntomas atípicos. Se trata de una nueva especificación introducida en el DSM-IV para reflejar que esta presentación (p. ej., reactividad del estado de ánimo, síntomas vegetativos, sensibilidad al rechazo) puede tener implicaciones para la elección terapéutica.

De inicio en el posparto. Se trata de una nueva especificación introducida en el DSM-IV para reflejar que esta presentación puede tener implicaciones para el pronóstico y la elección terapéutica.

Especificaciones longitudinales de curso. Se han introducido en el DSM-IV especificaciones de curso que describen el patrón del trastorno depresivo mayor y de los trastornos bipolares I y II a lo largo de la vida con el fin de permitir que el clínico especifique el grado de recuperación entre episodios. También se han suministrado unos diagramas para ilustrar los distintos patrones de curso del trastorno.

Con patrón estacional. Se han llevado a cabo varias modificaciones en relación con esta especificación de modo que los criterios se conformen más estrechamente con los usos clínicos y de investigación. Estos cambios incluyen el restringir la aplicación del patrón estacional sólo a episodios depresivos mayores, la eliminación de la «ventana» de 60 días para la aparición de los síntomas en el Criterio A y la inclusión de un requisito más específico concerniente a la relación entre episodios estacionales y no estacionales.

Con ciclos rápidos. Se trata de una nueva especificación introducida en el DSM-IV para reflejar que esta presentación puede tener implicaciones para el pronóstico y la elección terapéutica.

Trastornos de ansiedad

Crisis de angustia. Los criterios para la crisis de angustia se han establecido separadamente al principio de la sección «Trastornos de ansiedad» para clarificar que las crisis de angustia pueden aparecer formando parte de la presentación de distintos trastornos de ansiedad. Los ítems y los umbrales para la crisis de angustia del DSM-III-R han sido confirmados por los análisis de datos y los estudios de campo, y se mantienen iguales en el DSM-IV, pero se ha modificado el orden de los ítems para reflejar su frecuencia.

Crisis de angustia sin agorafobia. En respuesta a la revisión de la literatura, los análisis de datos y los resultados de estudios de campo, se ha revisado el umbral para la crisis de angustia sin agorafobia. La definición del DSM-IV requiere crisis de angustia recidivantes, inesperadas, acompañadas durante 1 mes o más por preocupaciones persistentes relacionadas con la experimentación de otras crisis o con sus implicaciones, o un cambio significativo de comportamiento. Todo ello contrasta con el DSM-III-R, que requería cuatro crisis en 4 semanas o una crisis seguida de 1 mes de temor persistente a experimentar otra.

Crisis de angustia con agorafobia. Se ha revisado el umbral de la crisis de angustia en el trastorno por crisis de angustia con agorafobia al igual que en el trastorno por crisis de angustia

sin agorafobia. Además se ha modificado la definición de agorafobia para subrayar que los temores agorafóbicos implican típicamente un conjunto característico de situaciones. Se han suprimido los criterios específicos de leve, moderada y grave que se incluían en el DSM-III-R. En su lugar pueden utilizarse las especificaciones de gravedad general citadas en «Uso del manual» (v. página 2).

Agorafobia sin historia de crisis de angustia. El DSM-III-R no daba directriz alguna sobre si la evitación asociada a una enfermedad médica justificaba este diagnóstico. El Criterio D del DSM-IV indica que el diagnóstico puede incluir evitación asociada a una enfermedad médica si el miedo es claramente superior al que habitualmente se asocia a dicho trastorno.

Fobia específica. Por razones de compatibilidad con la CIE-10, el nombre de esta categoría ha cambiado de fobia simple a fobia específica. Se ha elevado el umbral del miedo en el Criterio A, exigiendo que sea importante y excesivo o no razonable (así como persistente). Partiendo de revisiones de la literatura y de análisis de datos, se incluyen subtipos que describen el objeto de las fobias.

Fobia social. Este trastorno subsume ahora el trastorno por evitación de la infancia del DSM-III-R, habiendo sido modificados los criterios para incluir presentaciones infantiles.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Se ha clarificado la distinción entre obsesiones y compulsiones. Las obsesiones pueden provocar importante ansiedad o malestar, mientras que las compulsiones (incluyendo actos mentales) evitan o reducen la ansiedad o el malestar. Reconociendo que la percepción de si las obsesiones o compulsiones son razonables o no se produce a lo largo de un *continuum*, se ha establecido una especificación que permita al clínico verificar si el trastorno cursa con poca conciencia de enfermedad.

Trastorno por estrés postraumático. Partiendo de la revisión de la literatura, los análisis de datos y los resultados de estudios de campo, la frase que describe el estresante en el Criterio A del DSM-III-R, «más allá del límite de la experiencia humana normal», ha sido suprimida debido a su escasa fiabilidad y precisión (la prevalencia de estos estresantes no es baja en la población general). En su lugar, el Criterio A2 del DSM-IV requiere que la respuesta del sujeto al estresante implique miedo, indefensión u horror intensos. La reactividad fisiológica a la exposición a señales significativas se ha trasladado desde el Criterio D (aumento de activación) al Criterio B (reexperimentación del traumatismo). Se ha incluido un criterio que requiere que los síntomas produzcan malestar o deterioro clínicamente significativo. También se han incluido las especificaciones agudo y crónico.

Trastorno agudo por estrés. Esta categoría es nueva en el DSM-IV y se ha incluido para describir reacciones agudas a un estrés extremo (esto es, que se produzca dentro de las 4 semanas posteriores al estrés y dure entre 2 días y 4 semanas). Se ha añadido para hacerla compatible con la CIE-10 y para facilitar la detección temprana de los casos, puesto que el trastorno agudo por estrés puede predecir el desarrollo posterior de un trastorno por estrés postraumático.

Trastorno de ansiedad generalizada. Este trastorno subsume el trastorno de ansiedad excesiva de la infancia del DSM-III-R. El Criterio A exige ansiedad y preocupación excesivas, en contraste con el DSM-III-R, que incluía preocupaciones no realistas. Se ha añadido el requisito de que el sujeto debe encontrar difícil controlar la preocupación. En función de análisis de datos, ahora el Criterio C incluye 6 ítems, lo que le hace más simple, fiable y coherente que con los 18 ítems del DSM-III-R.

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. El texto y los criterios correspondientes a este trastorno que se denominaba trastorno de ansiedad orgánica en el DSM-III-R se incluyen en la sección «Trastornos de ansiedad» para facilitar el diagnóstico diferencial.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias. El texto y los criterios correspondientes a este trastorno que se denominaba trastorno de ansiedad orgánica en el DSM-III-R se han incluido en la sección «Trastornos de ansiedad» para facilitar el diagnóstico diferencial.

Trastornos somatomorfos

Trastorno de somatización. A partir de la revisión de la literatura, los análisis de datos y los resultados de estudios de campo, la lista de 35 ítems del DSM-III-R ha sido condensada, simplificada y dividida en cuatro grupos de síntomas (dolor, síntomas gastrointestinales, sexuales y seudoneurológicos).

Trastorno de conversión. A diferencia de la más amplia definición del DSM-III-R, el problema en cuestión debe ser un síntoma o déficit que afecta al funcionamiento sensorial o motor voluntario. Otros problemas que reflejan cambios del funcionamiento (p. ej., seudociesis), se incluyen bajo el epígrafe «trastorno somatomorfo no especificado». A fin de aumentar la especificidad y de conseguir la compatibilidad con la CIE-10, se ha incluido un esquema de subtipificación (motor, sensorial, convulsivo, mixto).

Trastorno por dolor. Se ha modificado el nombre de dolor somatomorfo del DSM-III-R. Se ha ampliado la definición para incluir dos tipos de trastorno por dolor: trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a una enfermedad médica. Además, se incluyen las especificaciones agudo y crónico.

Hipocondría. Se incluye una especificación que facilite al clínico verificar si el trastorno cursa con poca conciencia de enfermedad.

Trastorno dismórfico corporal. Se ha suprimido la exclusión del DSM-III-R de que la creencia no tenga intensidad delirante, de modo que ahora este diagnóstico puede formularse concurrentemente con un diagnóstico de trastorno delirante.

Trastornos facticios

El DSM-IV suministra un conjunto de criterios para el trastorno facticio en lugar de las dos anteriores, con tipos separados basados en el predominio de los signos y síntomas (psicológico, físico, combinado).

Trastornos disociativos

Amnesia disociativa. Se ha cambiado el nombre de amnesia psicógena del DSM-III-R, haciéndolo más descriptivo y más compatible con la CIE-10.

Fuga disociativa. Se ha modificado el nombre de fuga psicógena del DSM-III-R haciéndolo más descriptivo y más compatible con la CIE-10. Se ha suprimido el requisito de la asunción

de una nueva identidad por haberse comprobado que la confusión acerca de la identidad personal es el síntoma predominante.

Trastorno disociativo de la identidad. Se ha modificado el nombre de trastorno por personalidad múltiple del DSM-III-R para hacerlo más descriptivo. Se ha reinstaurado el requisito del DSM-III de que haya incapacidad para recordar información personal importante.

Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Disfunciones sexuales. Cada uno de los trastornos citados en esta sección incluye ahora un criterio de significación clínica (esto es, que la disfunción provoca malestar o dificultades interpersonales importantes).

Trastorno de la excitación sexual en la mujer. El DSM-IV retoma la definición del DSM-III suprimiendo el ítem A2 del DSM-III-R, ítem que formulaba que el diagnóstico podía establecerse si había quejas subjetivas sin dificultad para la excitación fisiológica.

Trastorno de la erección en el varón. El DSM-IV retoma la definición del DSM-III suprimiendo el ítem A2 del DSM-III-R, el cual permitía establecer el diagnóstico aunque sólo hubiera quejas subjetivas sin dificultad para la excitación fisiológica.

Disfunción orgásmica femenina. Se ha modificado el nombre de orgasmo inhibido de la mujer del DSM-III-R. Se ha simplificado y revisado el Criterio A para hacerlo más acorde con el uso clínico.

Definición orgásmica masculina. Se ha cambiado el nombre de orgasmo inhibido del varón del DSM-III-R.

Disfunción sexual debida a enfermedad médica. Este trastorno se incluía en la sección «Sistema genitourinario» de la CIE-9-MC, pero no se incluyó en la clasificación DSM-III-R. Se ha incluido en el DSM-IV para facilitar el diagnóstico diferencial.

Disfunción sexual inducida por sustancias. Este trastorno no se incluía en el DSM-III-R y se ha incluido en el DSM-IV para aumentar la cobertura y facilitar el diagnóstico diferencial.

Fetichismo transvestista. Se ha añadido una especificación para los sujetos con fetichismo transvestista que también experimentan malestar persistente con su papel sexual y que no cumplen los criterios para el trastorno de la identidad sexual.

Trastorno de la identidad sexual. Este diagnóstico DSM-IV subsume tres diagnósticos DSM-III-R: trastorno de la identidad sexual de la infancia, trastorno de la identidad sexual de la adolescencia o la etapa adulta, tipo no transexual, y transexualismo. Se ha incluido en la sección «Trastornos de la identidad sexual» y no, como en el DSM-III-R, en la sección «Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia». El conjunto de criterios se acomoda a ambos sexos y a todas las edades.

Trastornos de la conducta alimentaria

Anorexia nerviosa. Este trastorno se ha trasladado de la sección «Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia» a la sección «Trastornos de la conducta alimentaria». En el

DSM-IV una presentación que incluya atracones y purgas y que aparezca exclusivamente durante una anorexia nerviosa ya no exige un diagnóstico separado de bulimia nerviosa, sino que se subsume en un subtipo de anorexia nerviosa. En la actualidad, la subtificación de anorexia nerviosa indica la presencia de atracones/purgas *versus* conducta restrictiva.

Bulimia nerviosa. Este trastorno ha sido trasladado de la sección «Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia» a la sección «Trastornos de la conducta alimentaria». Se ha añadido un criterio de exclusión, de modo que el diagnóstico no se establece si la conducta aparece exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa. Se han establecido subtipos para distinguir entre los tipos purgativo y no purgativo.

Trastornos del sueño

La organización de esta sección ha supuesto cambios en relación con el DSM-III-R. Los trastornos se han agrupado en cuatro secciones basadas en la presunta etiología (primario, relacionado con otro trastorno mental, debido a una enfermedad médica e inducido por sustancias) más que en los síntomas. La sección es compatible con la clasificación internacional de trastornos del sueño.

Insomnio primario. El criterio de frecuencia de por lo menos tres veces por semana ha sido suprimido en el DSM-IV, aunque se mantiene la duración de 1 mes. Se ha añadido un criterio de simplificación clínica.

Hipersomnía primaria. Ya no se diagnostica hipersomnía si el trastorno se explica mejor por la presencia de insomnio. Se ha suprimido como criterio suficiente para hipersomnía la borrachera de sueño (esto es, la transición prolongada hasta el estado completo de vigilia) del DSM-III-R. Se ha añadido un subtipo recurrente para constatar la presencia del síndrome de Kleine-Levin.

Narcolepsia. Este trastorno estaba incluido en la sección «Sistema nervioso» de la CIE-9-MC, pero no lo estaba en el DSM-III-R. Se ha incluido en la sección «Trastornos del sueño» del DSM-IV para facilitar el diagnóstico diferencial.

Trastorno del sueño relacionado con la respiración. Este trastorno estaba incluido fuera del capítulo «Trastornos mentales» de la CIE-9-MC, pero no estaba incluido en el DSM-III-R. Se ha incluido en la sección «Trastornos del sueño» del DSM-IV para facilitar el diagnóstico diferencial.

Trastorno del ritmo circadiano. Se ha modificado el nombre de trastorno del ritmo sueño-vigilia del DSM-III-R. A fin de reflejar los usos clínicos se ha revisado su subtificación (sueño retrasado, *jet lag*, cambio de turno de trabajo).

Pesadillas. Se ha modificado el nombre de trastorno por sueños angustiosos del DSM-III-R.

Insomnio relacionado con otro trastorno mental. En el DSM-IV este diagnóstico se utiliza junto al diagnóstico afín del Eje I o del Eje II sólo cuando el insomnio es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Hipersomnía relacionada con otro trastorno mental. En el DSM-IV este diagnóstico se utiliza junto al diagnóstico afín del Eje I o del Eje II sólo cuando la hipersomnía es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Trastorno del sueño debido a enfermedad médica. Los términos del DSM-III-R «insomnio relacionado con un factor orgánico conocido» e «hipersomnia relacionada con un factor orgánico conocido» se aplicaban tanto a trastornos del sueño inducidos por sustancias como a los debidos a enfermedad médica. En el DSM-IV se han establecido dos trastornos basados en la etiología (trastorno del sueño debido a enfermedad médica y trastorno del sueño inducido por sustancias). Se ha incluido una disposición para indicar insomnio, hipersomnia, parasomnia o tipo mixto. A diferencia de lo que ocurría en el DSM-III-R, en el DSM-IV este diagnóstico se utiliza junto con el diagnóstico médico sólo cuando el trastorno del sueño es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Trastorno del sueño inducido por sustancias. Los términos del DSM-III-R «insomnio relacionado con un factor orgánico conocido» e «hipersomnia relacionada con un factor orgánico conocido» se aplicaban tanto a trastornos del sueño inducidos por sustancias como a los debidos a enfermedad médica. En el DSM-IV se han establecido dos trastornos basados en la etiología (trastorno del sueño debido a enfermedad médica y trastorno del sueño inducido por sustancias). Se ha incluido una disposición para indicar insomnio, hipersomnia, parasomnia o tipo mixto. A diferencia de lo que sucedía en el DSM-III-R, en el DSM-IV este diagnóstico se usa en lugar de un diagnóstico de consumo de sustancias sólo cuando el trastorno del sueño es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

Trastorno explosivo intermitente. Se ha suprimido el criterio DSM-III-R que excluía este diagnóstico en presencia de impulsividad o agresividad generalizadas entre episodios.

Juego patológico. Se ha revisado el conjunto de criterios para incrementar su especificidad.

Trastornos adaptativos

El DSM-III-R limitaba la duración de los síntomas a 6 meses. En el DSM-IV se ha modificado este criterio permitiendo que los síntomas duren un período adicional de 6 meses tras la finalización de un estresante crónico (o de sus consecuencias). Se han incluido las especificaciones agudo y crónico para indicar casos que duran menos de 6 meses y 6 meses o más, respectivamente. Además se han suprimido algunos subtipos (quejas físicas, retraimiento, inhibición laboral o académica).

Trastornos de la personalidad

A partir de revisiones de la literatura, análisis de datos y el deseo de hacerlos compatibles con los criterios diagnósticos para la investigación de la CIE-10, se han modificado algunos ítems en orden a incrementar su claridad y especificidad y reducir en lo posible el sesgo relativo al sexo.

Trastorno antisocial de la personalidad. Partiendo de la revisión de la literatura, los análisis de datos y los resultados de los estudios de campo, el conjunto de criterios ha sido condensado, simplificado y alterado ligeramente: se han suprimido dos ítems (ejercicio irresponsable de la paternidad e incapacidad para mantener una relación monógama); dos ítems que entrañaban irresponsabilidad persistente (incapacidad para mantener un comportamiento laboral coherente o

para satisfacer obligaciones económicas han sido reunidos en un solo ítem), y se ha simplificado el Criterio C (especificando la relación con el trastorno disocial).

Trastorno límite de la personalidad. En el DSM-IV se ha añadido un ítem para la ideación paranoide transitoria, relacionada con estrés, o para síntomas disociativos graves.

Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad. Se ha suprimido este trastorno de la clasificación. En el apéndice B se incluye una versión revisada, «Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores».

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

El nombre de esta sección es una modificación de «Trastornos no atribuibles a un trastorno mental» del DSM-III-R, habiéndose añadido un cierto número de otros trastornos.

Factores psicológicos que afectan el estado físico. Puesto que esta categoría no constituye un trastorno mental, ha sido incluida en la sección «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica». Se ha ampliado el concepto para incluir ciertos factores que interfieren el tratamiento y otros que constituyen riesgos para la salud del sujeto. Se han establecido subtipos que permiten especificar el tipo concreto de factor psicológico implicado.

Trastornos motores inducidos por medicamentos. Se han incluido estos trastornos dada su importancia en el tratamiento y en el diagnóstico diferencial.

Problemas de relación. Estos problemas son ahora denominados y agrupados. Se han incluido dos nuevos problemas de relación: problema de relación asociados a un trastorno mental o a una enfermedad médica y problema de relación entre hermanos.

Problemas relacionados con abuso o negligencia. Se ha introducido esta categoría en esta sección para abarcar el maltrato físico, el abuso sexual y el abandono de un niño junto con el maltrato físico y el abuso sexual de un adulto. Se ha incluido dada la significación clínica y la relativa a la salud pública de estas circunstancias.

Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad. Es éste un nuevo problema añadido al DSM-IV para mejorar su cobertura.

Duelo. Este nombre ha modificado el de duelo no complicado del DSM-III-R, puesto que el duelo causa perjuicios y complicaciones significativas. A fin de mejorar la definición de los límites entre duelo y episodio depresivo mayor, se han establecido unas directrices relativas a la duración de los síntomas y a tipos concretos de síntomas.

Problema de identidad. En el DSM-IV se ha incluido este trastorno en la sección «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica», en lugar de incluirlo en la sección «Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia» (como en el DSM-III-R).

Problema religioso o espiritual. Es éste un nuevo problema añadido al DSM-IV para mejorar su cobertura.

Problema de aculturación. Se trata de un nuevo problema añadido al DSM-IV para mejorar su cobertura.

**Nuevos trastornos introducidos en el DSM-IV
(excluyendo otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica)**

Trastorno de Rett
Trastorno desintegrativo infantil
Trastorno de Asperger
Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez
Delirium debido a varias etiologías
Demencia debida a varias etiologías
Trastorno catatónico debido a una enfermedad médica
Trastorno bipolar II
Trastorno por estrés agudo
Disfunción sexual debida a una enfermedad médica
Disfunción sexual inducida por sustancias
Narcolepsia
Trastorno del sueño relacionado con la respiración

**Trastornos del DSM-III-R suprimidos en el DSM-IV o subsumidos
en otras categorías del DSM-IV**

Lenguaje confuso
Trastorno de ansiedad excesiva de la infancia
Trastorno por evitación de la infancia
Trastorno por déficit de atención indiferenciado
Trastorno de identidad
Transexualismo
Intoxicación alcohólica idiosincrásica
Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad

Apéndices

Apéndice A: Árboles de decisión para el diagnóstico diferencial. El árbol de decisión del DSM-III-R para trastornos mentales orgánicos ha sido sustituido por dos árboles de decisión separados, uno para trastornos mentales debidos a enfermedad médica y otro para trastornos inducidos por sustancias. Se ha modificado cada uno de los otros árboles de decisión, haciéndose a lo largo de todo el DSM-IV mayor hincapié en el diagnóstico diferencial con trastornos mentales debidos a enfermedad médica y con trastornos inducidos por sustancias.

Apéndice B: Criterios y Ejes propuestos para estudios posteriores. Se ha incrementado significativamente este apéndice para incluir un gran número de nuevas propuestas:

Criterios y Ejes propuestos para estudios posteriores:

Trastorno posconmocional
Trastorno neurocognoscitivo leve
Abstinencia de cafeína
Descriptor dimensionales alternativos para la esquizofrenia
Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia

Trastorno deteriorante simple (esquizofrenia simple)
 Trastorno disfórico premenstrual
 Criterio B alternativo para el trastorno distímico
 Trastorno depresivo menor
 Trastorno depresivo breve recidivante
 Trastorno mixto ansioso-depresivo
 Trastorno facticio por poderes
 Trastorno disociativo de trance
 Trastorno por atracón
 Trastorno depresivo de la personalidad
 Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (trastorno negativista de la personalidad)
 Trastornos motores inducidos por medicamentos:
 Parkinsonismo inducido por neurolépticos
 Síndrome neuroléptico maligno
 Distonía aguda inducida por neurolépticos
 Acatisia aguda inducida por neurolépticos
 Discinesia tardía inducida por neurolépticos
 Temblor postural inducido por medicamentos
 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado
 Escala de mecanismos de defensa
 Escala de evaluación global de la actividad relacional (EEGAR)
 Escala de evaluación de la actividad social y laboral (EEASL)

Apéndice C: Glosario de términos técnicos. Se han mejorado las definiciones existentes, habiéndose añadido varios términos nuevos.

Apéndice D: Índice de modificaciones del DSM-IV. Se ha presentado este apéndice en un nuevo formato para aclarar cómo difiere el DSM-IV del DSM-III-R.

Apéndice E: Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10). Esta relación de categorías ha sido revisada para incluir los trastornos del DSM-IV con los correspondientes códigos CIE-10.

Apéndice F: Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10). Esta enumeración de categorías ha sido revisada para incluir los trastornos del DSM-IV con los correspondientes códigos CIE-10.

Apéndice G: Clasificación DSM-IV con códigos CIE-9-MC. En algún momento de los próximos años el U.S. Department of Health and Human Services exigirá la utilización de códigos procedentes de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud, décima revisión (CIE-10) pero actualmente sigue utilizando la clasificación basada en los códigos de la novena revisión, modificación clínica. Para facilitar esta transición este apéndice enumera la clasificación DSM-IV con los códigos pertenecientes al sistema CIE-9-MC.

Apéndice H: Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC). Esta relación de categorías ha sido revisada para incluir los trastornos del DSM-IV con los correspondientes códigos CIE-9-MC.

Apéndice I: Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC). Esta enumeración de categorías ha sido revisada para incluir los trastornos del DSM-IV con los correspondientes códigos CIE-9-MC.

Apéndice J: Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura. Se ha incluido este apéndice para facilitar al clínico la utilización del DSM-IV en un ambiente multicultural. Se ha dividido en dos secciones. La primera contiene un esquema para la formulación cultural, dirigido a ayudar al clínico en la evaluación sistemática del impacto del contexto cultural del individuo. La segunda sección suministra una lista de «síndromes dependientes de la cultura» que describen patrones de comportamiento aberrante, recurrentes, específicos de una localidad, así como experiencias que no pueden vincularse específicamente a una categoría diagnóstica concreta del DSM-IV.

Apéndice K: Colaboradores del DSM-IV. Este apéndice contiene una lista de las personas que han participado en la elaboración del DSM-IV.

Apéndice E

Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10)

- T74.1 Abuso físico del adulto
- T74.1 Abuso físico del niño
- T74.2 Abuso sexual del adulto
- T74.2 Abuso sexual del niño
- Z55.8 Académico, problema
- G21.1 Acatisia aguda inducida por neurolépticos
- Z60.3 Aculturación, problema de
- Adaptativo, trastorno
 - F43.25 con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
 - F43.28 con ansiedad
 - F43.20 con estado de ánimo depresivo
 - F43.24 con trastorno de comportamiento
 - F43.22 mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
 - F43.9 no especificado
- F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Alcohol
 - F10.3 abstinencia de
 - F10.1 abuso de
 - F10.4 delirium por abstinencia de
 - F10.03 delirium por intoxicación por
 - F10.73 demencia persistente inducida por dependencia del
 - F10.22 en terapéutica con agonistas
 - F10.21 en un entorno controlado
 - F10.24 leve/moderada/grave
 - F10.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
 - F10.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
 - F10.00 intoxicación por
 - F10.6 trastorno amnésico persistente inducido por
 - F10.8 trastorno de ansiedad inducido por
 - F10.8 trastorno del estado de ánimo inducido por
 - F10.8 trastorno del sueño inducido por
 - F10.8 trastorno psicótico inducido por
 - F10.52 con alucinaciones
 - F10.51 con ideas delirantes
 - F10.9 trastorno relacionado con, no especificado

- Alcohol (cont.)
- F10.8 trastorno sexual inducido por
- Alucinógenos
- F16.1 abuso de
- F16.03 delirium por intoxicación por dependencia de
 - F16.21 en un entorno controlado
 - F16.24 leve/moderada/grave
 - F16.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
 - F16.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
- F16.00 intoxicación por
- F16.8 trastorno de ansiedad inducido por
- F16.8 trastorno del estado de ánimo inducido por
- F16.70 trastorno perceptivo persistente (flashbacks) por trastorno psicótico inducido por
 - F16.52 con alucinaciones
 - F16.51 con ideas delirantes
- F16.9 trastorno relacionado con, no especificado
- F44.0 Amnesia disociativa
- .- Amnésico persistente inducido por sustancias, trastorno Amnésico trastorno
 - F04 debido a... (indicar enfermedad médica)
 - R41.3 no especificado
- Anfetamina
- F15.3 abstinencia de
- F15.1 abuso de
- F15.04 delirium con alteraciones perceptivas
- F15.03 delirium por intoxicación por dependencia de
 - F15.21 en un entorno controlado
 - F15.24 leve/moderada/grave
 - F15.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
 - F15.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
- F15.00 intoxicación por
- F15.8 trastorno de ansiedad inducido por
- F15.8 trastorno del estado de ánimo inducido por
- F15.8 trastorno del sueño inducido por
- F15.8 trastorno psicótico inducido por
 - F15.52 con alucinaciones
 - F15.51 con ideas delirantes
- F15.9 trastorno relacionado con, no especificado
- F15.8 trastorno sexual inducido por
- Angustia
- F40.01 con agorafobia, trastorno de
- F41.0 sin agorafobia, trastorno de
- F50.0 Anorexia nerviosa
- Ansiedad
- F41.1 generalizada, trastorno de
- F93.0 por separación, trastorno de
- F06.4 debido a... (indicar enfermedad médica)
- .- inducido por sustancias

- Ansiedad, trastorno de (cont.)
- F41.9 no especificado
- F60.2 Antisocial de la personalidad, trastorno
- Z72.8 Antisocial del adulto, comportamiento
- Z72.8 Antisocial en la niñez o la adolescencia, comportamiento
- F81.9 Aprendizaje, trastorno del, no especificado
- F84.5 Asperger, trastorno de
- F84.0 Autista, trastorno
- F52.10 Aversión al sexo, trastorno por
- Z60.0 Biográfico, problema
- F31.9 Bipolar, trastorno, no especificado
- Bipolar I, trastorno
 - episodio más reciente depresivo
 - F31.7 en remisión parcial
 - F31.7 en remisión total
 - F31.5 grave con síntomas psicóticos
 - F31.4 grave sin síntomas psicóticos
 - F31.3 leve
 - F31.3 moderado
 - F31.0 episodio más reciente hipomaniaco
 - episodio más reciente maniaco
 - F31.7 en remisión parcial
 - F31.7 en remisión total
 - F31.2 grave con síntomas psicóticos
 - F31.1 grave sin síntomas psicóticos
 - F31.1 leve
 - F31.1 moderado
 - F31.6 episodio más reciente mixto
 - F31.9 episodio más reciente no especificado
 - episodio maniaco único
 - F30.8 en remisión parcial
 - F30.8 en remisión total
 - F30.2 grave con síntomas psicóticos
 - F30.1 grave sin síntomas psicóticos
 - F30.1 leve
 - F30.1 moderado
- F31.8 Bipolar II, trastorno
- F50.2 Bulimia nerviosa
- Cafeína
 - F15.00 intoxicación por
 - F15.8 trastorno de ansiedad inducido por
 - F15.8 trastorno del sueño inducido por
 - F15.9 trastorno relacionado con, no especificado
- F81.2 Cálculo, trastorno del
- Cannabis
 - F12.1 abuso de
 - F12.03 delirium por intoxicación por dependencia de
 - F12.21 en un entorno controlado
 - F12.24 leve/moderada/grave
 - F12.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
 - F12.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana

- Cannabis (cont.)
- F12.00 intoxicación por
- F12.04 con alteraciones perceptivas
- F12.8 trastorno de ansiedad inducido por
- trastorno psicótico inducido por
- F12.52 con alucinaciones
- F12.51 con ideas delirantes
- F12.9 trastorno relacionado con, no especificado
- F06.1 Catatónico, trastorno, debido a... (indicar enfermedad médica)
- F34.0 Ciclotímico, trastorno
- F63.2 Cleptomanía
- Cocaína
- F14.3 abstinencia de
- F14.1 abuso de
- F14.03 delirium por intoxicación por
- dependencia de
- F14.21 en un entorno controlado
- F14.24 leve/moderada/grave
- F14.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F14.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
- F14.00 intoxicación por
- F14.04 con alteraciones perceptivas
- F14.8 trastorno de ansiedad inducido por
- F14.8 trastorno del estado de ánimo inducido por
- F14.8 trastorno del sueño inducido por
- trastorno psicótico inducido por
- F14.52 con alucinaciones
- F14.51 con ideas delirantes
- F14.9 trastorno relacionado con, no especificado
- F14.8 trastorno sexual inducido por
- F06.9 Cognoscitivo, trastorno, no especificado
- F91.9 Comportamiento perturbador, trastorno de, no especificado
- F80.9 Comunicación, trastorno de la, no especificado
- F50.9 Conducta alimentaria, trastorno de la, no especificado
- F63.9 Control de los impulsos, trastorno, no especificado
- Conversión, trastorno de
- F44.5 con crisis o convulsiones
- F44.7 con crisis o convulsiones de presentación mixta
- F44.4 con síntomas o déficit motores
- F44.6 con síntomas o déficit sensoriales
- Z63.0 Conyugales, problemas
- Déficit de atención con hiperactividad, trastorno por
- F90.9 no especificado
- F90.0 tipo combinado
- F98.8 tipo con predominio del déficit de atención
- F90.0 tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
- F22.0 Delirante, trastorno
- Delirium
- F05.0 debido a... (indicar enfermedad médica)
- F05.1 debido a... (indicar enfermedad médica) (si hay demencia superpuesta)
- F19.4 inducido por otras sustancias (o desconocidas), con inicio durante la abstinencia
- F05.9 no especificado

- Demencia debida a
 - F02.1 enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
 - F02.2 enfermedad de Huntington
 - G10 enfermedad de Huntington (Enfermedad de Huntington en el Eje III)
 - F02.3 enfermedad de Parkinson
 - G20 enfermedad de Parkinson (Enfermedad de Parkinson en el Eje III)
 - F02.0 enfermedad de Pick
 - G31.0 enfermedad de Pick (Enfermedad de Pick en el Eje III)
 - F02.4 enfermedad por VIH
 - B22.0 enfermedad por VIH (Encefalopatía por VIH en el Eje III)
 - F02.8 múltiples etiologías
 - F00.2 múltiples etiologías (Demencia mixta tipo Alzheimer y vascular)
 - F02.8 traumatismo craneal
 - S06.9 traumatismo craneal (Lesión cerebral en el Eje III)
- Demencia
 - F02.8 debida a... (indicar enfermedad médica)
 - F03 no especificada
 - .- Demencia persistente inducida por sustancias
 - Demencia tipo Alzheimer
 - de inicio tardío
 - F00.13 con estado de ánimo depresivo
 - F00.11 con ideas delirantes
 - F00.10 no complicada
 - G30.0 de inicio temprano (Enfermedad de Alzheimer en el Eje III)
 - F00.03 con estado de ánimo depresivo
 - F00.01 con ideas delirantes
 - F00.00 no complicada
 - Demencia vascular
 - F01.83 con estado de ánimo depresivo
 - F01.81 con ideas delirantes
 - F01.80 no complicada
 - Depresivo mayor, trastorno
 - episodio único
 - F32.4 en remisión parcial
 - F32.4 en remisión total
 - F32.3 grave con síntomas psicóticos
 - F32.2 grave sin síntomas psicóticos
 - F32.0 leve
 - F32.1 moderado
 - F32.9 no especificado
 - recidivante
 - F33.4 en remisión parcial
 - F33.4 en remisión total
 - F33.3 grave con síntomas psicóticos
 - F33.2 grave sin síntomas psicóticos
 - F33.0 leve
 - F33.1 moderado
 - F33.9 no especificado
 - Depresivo, trastorno, no especificado
- Desarrollo
 - F82 de la coordinación, trastorno del
 - F84.9 trastorno generalizado del, no especificado

- F52.0 Deseo sexual hipoactivo
- N50.8 en el varón, debido a... (indicar enfermedad médica)
- N94.8 en la mujer, debido a... (indicar enfermedad médica)
- F84.3 Desintegrativo infantil, trastorno
- F48.1 Despersonalización, trastorno de
- R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad
- R46.8 Diagnóstico aplazado en el Eje II
- R69 Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I
- G24.0 Discinesia tardía inducida por neurolépticos
- F45.2 Dismórfico corporal, trastorno
- F91.8 Disocial, trastorno
- F44.9 Disociativo, trastorno, no especificado
- F51.9 Disomnía no especificada
- Dispareunia
 - N94.1 femenina debida a... (indicar enfermedad médica)
 - N50.8 masculina debida a... (indicar enfermedad médica)
 - F52.6 (no debida a enfermedad médica)
- F34.1 Distímico, trastorno
- G24.0 Distonía aguda inducida por neurolépticos
- F45.4 Dolor, trastorno por
- Z63.4 Duelo
- Encopresis
 - K59.0 con estreñimiento (en el Eje III)
 - R15 con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento
 - F98.1 sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
- F98.0 Enuresis (no debida a una enfermedad médica)
- F52.2 Erección en el varón, trastorno de la
- N84.4 Erección en el varón, trastorno de la, debido a... (indicar enfermedad médica)
- Esquizoafectivo, trastorno
 - F25.0 tipo bipolar
 - F25.1 tipo depresivo
- Esquizofrenia
 - tipo catatónico
 - F20.20 continuo
 - F20.22 episódico con síntomas residuales interepisódicos
 - F20.23 episódico sin síntomas residuales interepisódicos
 - episodio único
 - F20.24 en remisión parcial
 - F20.25 en remisión total
 - F20.29 menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial
 - F20.28 otro patrón o no especificado
 - tipo desorganizado
 - F20.10 continuo
 - F20.12 episódico con síntomas residuales interepisódicos
 - F20.13 episódico sin síntomas residuales interepisódicos
 - episodio único
 - F20.14 en remisión parcial
 - F20.15 en remisión total
 - F20.19 menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial
 - F20.18 otro patrón o no especificado
 - tipo indiferenciado
 - F20.30 continuo

- Esquizofrenia tipo indiferenciado (cont.)
- F20.32 episódico con síntomas residuales interepisódicos
 - F20.33 episódico sin síntomas residuales interepisódicos
episodio único
 - F20.34 en remisión parcial
 - F20.35 en remisión total
 - F20.39 menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial
 - F20.38 otro patrón o no especificado
 - tipo paranoide
 - F20.00 continuo
 - F20.02 episódico con síntomas residuales interepisódicos
 - F20.03 episódico sin síntomas residuales interepisódicos
episodio único
 - F20.04 en remisión parcial
 - F20.05 en remisión total
 - F20.09 menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial
 - F20.08 otro patrón o no especificado
 - tipo residual
 - F20.50 continuo
 - F20.52 episódico con síntomas residuales interepisódicos
 - F20.53 episódico sin síntomas residuales interepisódicos
episodio único
 - F20.54 en remisión parcial
 - F20.55 en remisión total
 - F20.59 menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial
 - F20.58 otro patrón o no especificado
 - F20.8 Esquizofreniforme, trastorno
 - F60.1 Esquizoide de la personalidad, trastorno
 - F21 Esquizotípico de la personalidad, trastorno
 - Estado de ánimo, trastorno del, debido a... (indicar enfermedad médica)
 - F06.32 con síntomas de depresión mayor
 - F06.32 con síntomas depresivos
 - F06.30 con síntomas maníacos
 - F06.33 con síntomas mixtos
 - Estado de ánimo, trastorno del
 - .- inducido por sustancias
 - F39 no especificado
 - F54 Estado físico, factores psicológicos que afectan al... (especificar factor psicológico)
que afecta a... (indicar enfermedad médica)
 - Estrés
 - F43.0 agudo, trastorno por
 - F43.1 postraumático, trastorno por
 - F52.2 Excitación sexual en la mujer, trastorno de la
 - F65.2 Exhíbitonismo
 - F63.8 Explosivo intermitente, trastorno
 - F81.8 Expresión escrita, trastorno de la
 - F52.4 Eyaculación precoz
 - F68.1 Facticio, trastorno
 - F68.1 Facticio, trastorno, no especificado
 - Fenciclidina
 - F19.1 abuso de
 - F19.03 delirium por intoxicación por

- Fenciclidina (cont.)
 - dependencia de
 - F19.21 en un entorno controlado
 - F19.24 leve/moderada/grave
 - F19.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
 - F19.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
 - F19.00 intoxicación por
 - F19.04 con alteraciones perceptivas
 - F19.8 trastorno de ansiedad inducido por
 - F19.8 trastorno del estado de ánimo inducido por
 - trastorno psicótico inducido por
 - F19.52 con alucinaciones
 - F19.51 con ideas delirantes
 - F19.9 trastorno relacionado con, no especificado
- F65.0 Fetichismo
 - F65.1 Fetichismo transvestista
- F40.2 Fobia específica
 - F40.1 Fobia social
- F80.0 Fonológico, trastorno
- F65.8 Frotteurismo
- F44.1 Fuga disociativa
- F51.1 Hipersomnia primaria
- F51.1 Hipersomnia relacionada con... (indicar trastorno del Eje I o del Eje II)
- F45.2 Hipocondría
- F60.4 Histriónico de la personalidad, trastorno
- Identidad sexual, trastorno de la
 - F64.0 en la adolescencia o en la vida adulta
 - F64.2 en la niñez
 - F64.9 no especificado
- Identidad
 - F93.8 problema de
 - F44.81 trastorno de, disociativo
- Z91.1 Incumplimiento terapéutico
- F98.9 Infancia, la niñez o la adolescencia, trastorno de la, no especificado
- F98.2 Ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, trastorno de la
- Inhalantes
 - F18.1 abuso de
 - F18.03 delirium por intoxicación por
 - F18.73 demencia persistente inducida por
 - dependencia de
 - F18.21 en un entorno controlado
 - F18.24 leve/moderada/grave
 - F18.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
 - F18.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
 - F18.00 intoxicación por
 - F18.8 trastorno de ansiedad inducido por
 - F18.8 trastorno del estado de ánimo inducido por
 - trastorno psicótico inducido por
 - F18.52 con alucinaciones
 - F18.51 con ideas delirantes
 - F18.9 trastorno relacionado con, no especificado
- F51.0 Insomnio primario

- F51.0 Insomnio relacionado con... (indicar trastorno del Eje I o del Eje II)
- R41.8 Intelectual, límite, capacidad
- F63.0 Juego patológico
- Z56.7 Laboral, problema
- F81.0 Lectura, trastorno de la
- F80.1 Lenguaje expresivo, trastorno del
- F80.2 Lenguaje, trastorno mixto del, receptivo-expresivo
- F60.31 Límite de la personalidad, trastorno
- F65.5 Masoquismo sexual
- T88.7 Medicamentos no especificados, efectos adversos de los
- F99 Mental, trastorno, no especificado (no psicótico)
- F09 Mental, trastorno, no especificado debido a... (indicar enfermedad médica)
- G25.9 Motor, trastorno, inducido por medicamentos no especificado
- F98.4 Movimientos estereotipados, trastorno de
- F94.0 Mutismo selectivo
- F60.8 Narcisista de la personalidad, trastorno
- G47.4 Narcolepsia
- F91.3 Negativista desafiante, trastorno
- T74.0 Negligencia de la infancia
- Nicotina
- F17.3 abstinencia de
dependencia de
- F17.22 en terapéutica con agonistas
- F17.21 en un entorno controlado
- F17.24 leve/moderada/grave
- F17.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F17.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
- F17.9 trastorno relacionado con, no especificado
- F60.5 Obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno
- F42.8 Obsesivo-compulsivo, trastorno
- Opiáceos
- F11.3 abstinencia de
- F11.1 abuso de
- F11.03 delirium por intoxicación por
dependencia de
- F11.22 en terapéutica con agonistas
- F11.21 en un entorno controlado
- F11.24 leve/moderada/grave
- F11.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F11.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
- F11.00 intoxicación por
- F11.04 con alteraciones perceptivas
- F11.8 trastorno del estado de ánimo inducido por
- F11.8 trastorno del sueño inducido por
- F11.8 trastorno psicótico inducido por
- F11.52 con alucinaciones
- F11.51 con ideas delirantes
- F11.9 trastorno relacionado con, no especificado
- F11.8 trastorno sexual inducido por
- F52.3 Orgásmico femenino, trastorno
- F52.3 Orgásmico masculino, trastorno
- F65.9 Parafilia no especificada

- F60.0 Paranoide de la personalidad, trastorno
- F51.8 Parasomnia no especificada
- G21.1 Parkinsonismo inducido por neurolépticos
- Z63.8 Paterno-filiales, problemas
- Z63.1 Paterno-filiales, problemas (si el objeto de atención clínica es el niño)
- F65.4 Pedofilia
- F07.0 Personalidad, cambio de, debido a... (indicar enfermedad médica)
- F60.7 Personalidad por dependencia, trastorno de la
- F60.6 Personalidad por evitación, trastorno de la
- F60.9 Personalidad, trastorno de, no especificado
- F51.5 Pesadillas
- F98.3 Pica
- F63.1 Piromanía
- Psicótico breve, trastorno
 - F23.81 con desencadenante(s) grave(s) de inicio en el posparto
 - F23.80 sin desencadenante(s) grave(s) de inicio en el posparto
- F24 Psicótico compartido, trastorno (folie à deux)
- Psicótico, trastorno, debido a... (indicar enfermedad médica)
 - F06.0 con alucinaciones
 - F06.2 con ideas delirantes
- Psicótico, trastorno
 - .— inducido por sustancias
 - F29 no especificado
- Reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, trastorno
 - F94.2 tipo desinhibido
 - F94.1 tipo inhibido
- Relación, problema de
 - Z63.7 asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica
 - F93.3 entre hermanos
 - Z63.9 no especificado
- Z71.8 Religioso o espiritual, problema
- Retraso mental
 - F79.9 de gravedad no especificada
 - F72.9 grave
 - F70.9 leve
 - F71.9 moderado
 - F73.9 profundo
- F84.2 Rett, trastorno de
- F51.2 Ritmo circadiano, trastorno del
- F98.2 Rumiación, trastorno de
- F65.5 Sadismo sexual
- Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
 - F13.3 abstinencia de
 - F13.1 abuso de
 - F13.4 delirium por abstinencia de
 - F13.03 delirium por intoxicación por
 - F13.73 demencia persistente inducida por dependencia de
 - F13.22 en terapéutica con agonistas
 - F13.21 en un entorno controlado
 - F13.24 leve/moderada/grave
 - F13.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida

- Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, dependencia de (cont.)
- F13.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
- F13.00 intoxicación por
- F13.6 trastorno amnésico persistente inducido por
- F13.8 trastorno de ansiedad inducido por
- F13.8 trastorno del estado de ánimo inducido por
- F13.8 trastorno del sueño inducido por
- trastorno psicótico inducido por
 - F13.52 con alucinaciones
 - F13.51 con ideas delirantes
- F13.9 trastorno relacionado con, no especificado
- F13.8 trastorno sexual inducido por
- Sexual, trastorno
 - .- inducido por sustancias
 - F52.9 no especificado
- N94.8 Sexuales femeninos, otros trastornos, debidos a... (indicar enfermedad médica)
- N50.8 Sexuales masculinos, otros trastornos, debidos a... (indicar enfermedad médica)
- Z76.5 Simulación
- Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II
- Z03.2 Sin diagnóstico o estado en el Eje I
- G21.0 Síndrome neuroléptico maligno
- F45.0 Somatización, trastorno de
- F45.1 Somatomorfo indiferenciado, trastorno
- F45.9 Somatomorfo trastorno, no especificado
- F51.3 Sonambulismo
- Sueño, trastorno del, debido a... (indicar enfermedad médica)
 - G47.1 tipo hipersomnia
 - G47.0 tipo insomnio
 - G47.8 tipo mixto
 - G47.8 tipo parasomnia
- Sueño, trastorno del
 - .- inducido por sustancias
 - G47.3 relacionado con la respiración
- Sustancias, otras (o desconocidas)
 - F19.3 abstinencia de
 - F19.1 abuso de
 - F19.03 delirium inducido por
 - F19.73 demencia persistente inducida por
 - dependencia de
 - F19.21 en un entorno controlado
 - F19.24 leve/moderada/grave
 - F19.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
 - F19.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
 - F19.00 intoxicación por
 - F19.04 con alteraciones perceptivas
 - F19.6 trastorno amnésico persistente inducido por
 - F19.8 trastorno de ansiedad inducido por
 - F19.8 trastorno del estado de ánimo inducido por
 - F19.8 trastorno del sueño inducido por
 - trastorno psicótico inducido por
 - F19.52 con alucinaciones
 - F19.51 con ideas delirantes

- Sustancias, otras (o desconocidas) (cont.)
- F19.9 trastorno relacionado con, no especificado
- F19.8 trastorno sexual inducido por
- Sustancias, varias
- dependencia de
- F19.21 en un entorno controlado
- F19.24 leve/moderada/grave
- F19.20 remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F19.20 remisión total temprana/remisión parcial temprana
- F98.5 Tartamudeo
- G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos
- F51.4 Terrores nocturnos
- Tics, trastorno de
- F95.1 motores o vocales crónicos
- F95.9 no especificado
- F95.0 transitorios
- F95.2 Tourette, trastorno de la
- F63.3 Tricotilomanía
- F52.5 Vaginismo (no debido a enfermedad médica)
- F65.3 Voyeurismo

Apéndice F

Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-10)

- B22.0 Demencia debida a enfermedad por VIH (Encefalopatía por VIH en el Eje III)
- F00.00 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano, no complicada
- F00.01 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano, con ideas delirantes
- F00.03 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano, con estado de ánimo depresivo
- F00.10 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, no complicada
- F00.11 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con ideas delirantes
- F00.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo
- F00.2 Demencia debida a etiologías múltiples (para Demencia mixta tipo Alzheimer y vascular)
- F01.80 Demencia vascular no complicada
- F01.81 Demencia vascular con ideas delirantes
- F01.83 Demencia vascular con estado de ánimo depresivo
- F02.0 Demencia debida a enfermedad de Pick
- F02.1 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- F02.2 Demencia debida a enfermedad de Huntington
- F02.3 Demencia debida a enfermedad de Parkinson
- F02.4 Demencia debida a enfermedad por VIH
- F02.8 Demencia debida a traumatismo craneal
- F02.8 Demencia debida a... (indicar enfermedad médica)
- F02.8 Demencia debida a etiologías múltiples
- .- Demencia persistente inducida por sustancias
- F03 Demencia no especificada
- F04 Trastorno amnésico debido a... (indicar enfermedad médica)
- .- Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias
- F05.0 Delirium debido a... (indicar enfermedad médica)
- F05.1 Delirium debido a... (indicar enfermedad médica) (si hay demencia superpuesta)
- F05.9 Delirium no especificado
- F06.0 Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica), con alucinaciones
- .- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- .- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- F06.1 Trastorno catatónico debido a... (indicar enfermedad médica)
- F06.2 Trastorno psicótico debido a... (indicar enfermedad médica) con ideas delirantes
- F06.30 Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar enfermedad médica), con síntomas maníacos
- F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar enfermedad médica), con síntomas depresivos

- F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar enfermedad médica), con síntomas de depresión mayor
- F06.33 Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar enfermedad médica), con síntomas mixtos
- F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica)
- .— Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- F06.9 Trastorno cognoscitivo no especificado
- F07.0 Cambio de personalidad debido a... (indicar enfermedad médica)
- F09 Trastorno mental no especificado debido a... (indicar enfermedad médica)
- F10.00 Intoxicación por alcohol
- F10.03 Delirium por intoxicación por alcohol
- F10.1 Abuso de alcohol
- [F10.20 Dependencia del alcohol, remisión total temprana/remisión parcial temprana
- [F10.20 Dependencia del alcohol, remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F10.21 Dependencia del alcohol, en un entorno controlado
- F10.22 Dependencia del alcohol, en terapéutica con agonistas
- F10.24 Dependencia del alcohol, leve/moderada/grave
- F10.3 Abstinencia de alcohol
- F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol
- F10.51 Trastorno psicótico inducido por alcohol con ideas delirantes
- F10.52 Trastorno psicótico inducido por alcohol con alucinaciones
- F10.6 Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
- F10.73 Demencia persistente inducida por alcohol
- [F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol
- [F10.8 Trastorno de ansiedad inducido por alcohol
- [F10.8 Trastorno sexual inducido por alcohol
- [F10.8 Trastorno del sueño inducido por alcohol
- F10.9 Trastorno relacionado con alcohol no especificado
- F11.00 Intoxicación por opiáceos
- F11.03 Delirium por intoxicación por opiáceos
- F11.04 Intoxicación por opiáceos con alteraciones perceptivas
- F11.1 Abuso de opiáceos
- [F11.20 Dependencia de opiáceos, remisión total temprana/remisión parcial temprana
- [F11.20 Dependencia de opiáceos, remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F11.21 Dependencia de opiáceos, en un entorno controlado
- F11.22 Dependencia de opiáceos, en terapéutica con agonistas
- F11.24 Dependencia de opiáceos, leve/moderada/grave
- F11.3 Abstinencia de opiáceos
- F11.51 Trastorno psicótico inducido por opiáceos con ideas delirantes
- F11.52 Trastorno psicótico inducido por opiáceos con alucinaciones
- [F11.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos
- [F11.8 Trastorno sexual inducido por opiáceos
- [F11.8 Trastorno del sueño inducido por opiáceos
- F11.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado
- F12.00 Intoxicación por Cannabis
- F12.03 Delirium por intoxicación por Cannabis
- F12.04 Intoxicación por Cannabis con alteraciones perceptivas
- F12.1 Abuso de Cannabis
- [F12.20 Dependencia de Cannabis, remisión total temprana/remisión parcial temprana
- [F12.20 Dependencia de Cannabis, remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F12.21 Dependencia de Cannabis, en un entorno controlado
- F12.24 Dependencia de Cannabis, leve/moderada/grave

- F12.51 Trastorno psicótico inducido por Cannabis con ideas delirantes
- F12.52 Trastorno psicótico inducido por Cannabis con alucinaciones
- F12.8 Trastorno de ansiedad inducido por Cannabis
- F12.9 Trastorno relacionado con Cannabis no especificado
- F13.00 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.03 Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- [F13.20 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, remisión total temprana/remisión parcial temprana
- [F13.20 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F13.21 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, en un entorno controlado
- F13.22 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, en terapéutica con agonistas
- F13.24 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, leve/moderada/grave
- F13.3 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.4 Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.51 Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con ideas delirantes
- F13.52 Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con alucinaciones
- F13.6 Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.73 Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- [F13.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- [F13.8 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- [F13.8 Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- [F13.8 Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- F13.9 Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos y ansiolíticos no especificado
- F14.00 Intoxicación por cocaína
- F14.03 Delirium por intoxicación por cocaína
- F14.04 Intoxicación por cocaína con alteraciones perceptivas
- F14.1 Abuso de cocaína
- [F14.20 Dependencia de cocaína, remisión total temprana/remisión parcial temprana
- [F14.20 Dependencia de cocaína, remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F14.21 Dependencia de cocaína, en un entorno controlado
- F14.24 Dependencia de cocaína, leve/moderada/grave
- F14.3 Abstinencia de cocaína
- F14.51 Trastorno psicótico inducido por cocaína con ideas delirantes
- F14.52 Trastorno psicótico inducido por cocaína con alucinaciones
- [F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína
- [F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína
- [F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína
- [F14.8 Trastorno del sueño inducido por cocaína
- F14.9 Trastorno relacionado con la cocaína no especificado
- [F15.00 Intoxicación por anfetamina
- [F15.00 Intoxicación por cafeína
- F15.03 Delirium por intoxicación por anfetamina
- F15.04 Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas
- F15.1 Abuso de anfetamina
- [F15.20 Dependencia de anfetamina, remisión total temprana/remisión parcial temprana
- [F15.20 Dependencia de anfetamina, remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F15.21 Dependencia de anfetamina, en un entorno controlado
- F15.24 Dependencia de anfetamina, leve/moderada/grave
- F15.3 Abstinencia de anfetamina
- F15.51 Trastorno psicótico inducido por anfetamina con ideas delirantes

- F15.52 Trastorno psicótico inducido por anfetamina con alucinaciones
- F15.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina
- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina
- F15.8 Trastorno sexual inducido por anfetamina
- F15.8 Trastorno del sueño inducido por anfetamina
- F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína
- F15.8 Trastorno del sueño inducido por cafeína
- [F15.9 Trastorno relacionado con anfetamina no especificado
- [F15.9 Trastorno relacionado con cafeína no especificado
- F16.00 Intoxicación por alucinógenos
- F16.03 Delirium por intoxicación por alucinógenos
- F16.1 Abuso de alucinógenos
- [F16.20 Dependencia de alucinógenos, remisión total temprana/remisión parcial temprana
- [F16.20 Dependencia de alucinógenos, remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F16.21 Dependencia de alucinógenos, en un entorno controlado
- F16.24 Dependencia de alucinógenos, leve/moderada/grave
- F16.51 Trastorno psicótico inducido por alucinógenos con ideas delirantes
- F16.52 Trastorno psicótico inducido por alucinógenos con alucinaciones
- F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks)
- [F16.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos
- [F16.8 Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos
- F16.9 Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado
- [F17.20 Dependencia de nicotina, remisión total temprana/remisión parcial temprana
- [F17.20 Dependencia de nicotina, remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F17.21 Dependencia de nicotina, en un entorno controlado
- F17.22 Dependencia de nicotina, en terapéutica con agonistas
- F17.24 Dependencia de nicotina, leve/moderada/grave
- F17.3 Abstinencia de nicotina
- F17.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado
- F18.00 Intoxicación por inhalantes
- F18.03 Delirium por intoxicación por inhalantes
- F18.1 Abuso de inhalantes
- [F18.20 Dependencia de inhalantes, remisión total temprana/remisión parcial temprana
- [F18.20 Dependencia de inhalantes, remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F18.21 Dependencia de inhalantes, en un entorno controlado
- F18.24 Dependencia de inhalantes, leve/moderada/grave
- F18.51 Trastorno psicótico inducido por inhalantes con ideas delirantes
- F18.52 Trastorno psicótico inducido por inhalantes con alucinaciones
- F18.73 Demencia persistente inducida por inhalantes
- [F18.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes
- [F18.8 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes
- F18.9 Trastorno relacionado con inhalantes no especificado
- [F19.00 Intoxicación por fenciclidina
- [F19.00 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas)
- [F19.03 Delirium por intoxicación por fenciclidina
- [F19.03 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- [F19.04 Intoxicación por fenciclidina con alteraciones perceptivas
- [F19.04 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas) con alteraciones perceptivas
- [F19.1 Abuso de fenciclidina
- [F19.1 Abuso de otras sustancias (o desconocidas)
- [F19.20 Dependencia de fenciclidina, remisión total temprana/remisión parcial temprana
- [F19.20 Dependencia de fenciclidina, remisión total sostenida/remisión parcial sostenida

- F19.20 Dependencia de varias sustancias, remisión total temprana/remisión parcial temprana
- F19.20 Dependencia de varias sustancias, remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F19.20 Dependencia de otras sustancias (o desconocidas), remisión total temprana/remisión parcial temprana
- F19.20 Dependencia de otras sustancias (o desconocidas), remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
- F19.21 Dependencia de fenciclidina, en un entorno controlado
- F19.21 Dependencia de varias sustancias, en un entorno controlado
- F19.21 Dependencia de otras sustancias (o desconocidas), en un entorno controlado
- F19.24 Dependencia de fenciclidina, leve/moderada/grave
- F19.24 Dependencia de varias sustancias, leve/moderada/grave
- F19.24 Dependencia de otras sustancias (o desconocidas), leve/moderada/grave
- F19.3 Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas)
- F19.4 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas) con inicio durante la abstinencia
- F19.51 Trastorno psicótico inducido por fenciclidina con ideas delirantes
- F19.51 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas) con ideas delirantes
- F19.52 Trastorno psicótico inducido por fenciclidina con alucinaciones
- F19.52 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas) con alucinaciones
- F19.6 Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.73 Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina
- F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina
- F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.8 Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.8 Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- F19.9 Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado
- F19.9 Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado
- F20.00 Esquizofrenia tipo paranoide continuo
- F20.02 Esquizofrenia tipo paranoide, episódico con síntomas residuales interepisódicos
- F20.03 Esquizofrenia tipo paranoide, episódico sin síntomas residuales interepisódicos
- F20.04 Esquizofrenia tipo paranoide, episodio único en remisión parcial
- F20.05 Esquizofrenia tipo paranoide, episodio único en remisión total
- F20.08 Esquizofrenia tipo paranoide, otro patrón o no especificado
- F20.09 Esquizofrenia tipo paranoide, menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial
- F20.10 Esquizofrenia tipo desorganizado continuo
- F20.12 Esquizofrenia tipo desorganizado, episódico con síntomas residuales interepisódicos
- F20.13 Esquizofrenia tipo desorganizado, episódico sin síntomas residuales interepisódicos
- F20.14 Esquizofrenia tipo desorganizado, episodio único en remisión parcial
- F20.15 Esquizofrenia tipo desorganizado, episodio único en remisión total
- F20.18 Esquizofrenia tipo desorganizado, otro patrón o no especificado
- F20.19 Esquizofrenia tipo desorganizado, menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial
- F20.20 Esquizofrenia tipo catatónico continuo
- F20.22 Esquizofrenia tipo catatónico, episódico con síntomas residuales interepisódicos
- F20.23 Esquizofrenia tipo catatónico, episódico sin síntomas residuales interepisódicos
- F20.24 Esquizofrenia tipo catatónico, episodio único en remisión parcial
- F20.25 Esquizofrenia tipo catatónico, episodio único en remisión total
- F20.28 Esquizofrenia tipo catatónico, otro patrón o no especificado
- F20.29 Esquizofrenia tipo catatónico, menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial

- F20.30 Esquizofrenia tipo indiferenciado continuo
- F20.32 Esquizofrenia tipo indiferenciado, episódico con síntomas residuales interepisódicos
- F20.33 Esquizofrenia tipo indiferenciado, episódico sin síntomas residuales interepisódicos
- F20.34 Esquizofrenia tipo indiferenciado, episodio único en remisión parcial
- F20.35 Esquizofrenia tipo indiferenciado, episodio único en remisión total
- F20.38 Esquizofrenia tipo indiferenciado, otro patrón o no especificado
- F20.39 Esquizofrenia tipo indiferenciado, menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial
- F20.50 Esquizofrenia tipo residual continuo
- F20.52 Esquizofrenia tipo residual, episódico con síntomas residuales interepisódicos
- F20.53 Esquizofrenia tipo residual, episódico sin síntomas residuales interepisódicos
- F20.54 Esquizofrenia tipo residual, episodio único en remisión parcial
- F20.55 Esquizofrenia tipo residual, episodio único en remisión total
- F20.58 Esquizofrenia tipo residual, otro patrón o no especificado
- F20.59 Esquizofrenia tipo residual, menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de fase activa inicial
- F20.8 Trastorno esquizofreniforme
- F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad
- F22.0 Trastorno delirante
- F23.80 Trastorno psicótico breve sin desencadenante(s) grave(s) de inicio en el posparto
- F23.81 Trastorno psicótico breve con desencadenante(s) grave(s) de inicio en el posparto
- F24 Trastorno psicótico compartido (folie à deux)
- F25.0 Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar
- F25.1 Trastorno esquizoafectivo tipo depresivo
- F29 Trastorno psicótico no especificado
- [F30.1 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, leve
- F30.1 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, moderado
- F30.1 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, grave sin síntomas psicóticos
- F30.2 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, grave con síntomas psicóticos
- [F30.8 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, en remisión parcial
- F30.8 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, en remisión total
- F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco
- [F31.1 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, leve
- F31.1 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, moderado
- F31.1 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, grave sin síntomas psicóticos
- F31.2 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, grave con síntomas psicóticos
- [F31.3 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, leve
- F31.3 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, moderado
- F31.4 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, grave sin síntomas psicóticos
- F31.5 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, grave con síntomas psicóticos
- F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto
- F31.7 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, en remisión parcial
- [F31.7 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, en remisión total
- F31.7 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, en remisión parcial
- F31.7 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, en remisión total
- F31.8 Trastorno bipolar II
- [F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado
- F31.9 Trastorno bipolar no especificado
- F32.0 Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve
- F32.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado
- F32.2 Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos

- ┌ F32.4 Trastorno depresivo mayor, episodio único, en remisión parcial
- └ F32.4 Trastorno depresivo mayor, episodio único, en remisión total
- ┌ F32.9 Trastorno depresivo mayor, episodio único, no especificado
- └ F32.9 Trastorno depresivo no especificado
- F33.0 Trastorno depresivo mayor, recidivante, leve
- F33.1 Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado
- F33.2 Trastorno depresivo mayor, recidivante, grave sin síntomas psicóticos
- F33.3 Trastorno depresivo mayor, recidivante, grave con síntomas psicóticos
- ┌ F33.4 Trastorno depresivo mayor, recidivante, en remisión parcial
- └ F33.4 Trastorno depresivo mayor, recidivante, en remisión total
- F33.9 Trastorno depresivo mayor, recidivante, no especificado
- F34.0 Trastorno ciclotímico
- F34.1 Trastorno distímico
- F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado
- F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia
- F40.1 Fobia social
- F40.2 Fobia específica
- F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
- F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado
- F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo
- F43.0 Trastorno por estrés agudo
- F43.1 Trastorno por estrés postraumático
- F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
- F43.22 Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
- F43.24 Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento
- F43.25 Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
- F43.28 Trastorno adaptativo con ansiedad
- F43.9 Trastorno adaptativo no especificado
- F44.0 Amnesia disociativa
- F44.1 Fuga disociativa
- F44.4 Trastorno de conversión con síntomas o déficit motores
- F44.5 Trastorno de conversión con crisis o convulsiones
- F44.6 Trastorno de conversión con síntomas o déficit sensoriales
- F44.7 Trastorno de conversión con crisis o convulsiones de presentación mixta
- F44.81 Trastorno de identidad disociativo
- F44.9 Trastorno disociativo no especificado
- F45.0 Trastorno de somatización
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado
- ┌ F45.2 Hipocondría
- └ F45.2 Trastorno dismórfico corporal
- F45.4 Trastorno por dolor
- F45.9 Trastorno somatomorfo no especificado
- F48.1 Trastorno de despersonalización
- F50.0 Anorexia nerviosa
- F50.2 Bulimia nerviosa
- F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
- ┌ F51.0 Insomnio primario
- └ F51.0 Insomnio relacionado con... (indicar trastorno del Eje I o del Eje II)
- ┌ F51.1 Hipersomnia primaria
- └ F51.1 Hipersomnia relacionada con... (indicar trastorno del Eje I o del Eje II)

- F51.2 Trastorno del ritmo circadiano
- F51.3 Sonambulismo
- F51.4 Terrores nocturnos
- F51.5 Pesadillas
- F51.8 Parasomnia no especificada
- F51.9 Disomnia no especificada
- F52.0 Deseo sexual hipoactivo
- F52.10 Trastorno por aversión al sexo
- [F52.2 Trastorno de la excitación sexual en la mujer
- [F52.2 Trastorno de la erección en el varón
- [F52.3 Trastorno orgásmico femenino
- [F52.3 Trastorno orgásmico masculino
- F52.4 Eyaculación precoz
- F52.5 Vaginismo (no debido a enfermedad médica)
- F52.6 Dispareunia (no debida a enfermedad médica)
- F52.9 Trastorno sexual no especificado
- F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico... (especificar factor psicológico)
que afecta a... (indicar enfermedad médica)
- F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad
- F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad
- F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad
- F60.31 Trastorno límite de la personalidad
- F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad
- F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación
- F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia
- F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad
- F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado
- F63.0 Juego patológico
- F63.1 Piromanía
- F63.2 Cleptomanía
- F63.3 Tricotilomanía
- F63.8 Trastorno explosivo intermitente
- F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado
- F64.0 Trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la vida adulta
- F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la niñez
- F64.9 Trastorno de la identidad sexual no especificado
- F65.0 Fetichismo
- F65.1 Fetichismo transvestista
- F65.2 Exhibicionismo
- F65.3 Voyeurismo
- F65.4 Pedofilia
- [F65.5 Masoquismo sexual
- [F65.5 Sadismo sexual
- F65.8 Frotteurismo
- F65.9 Parafilia no especificada
- [F68.1 Trastorno facticio
- [F68.1 Trastorno facticio no especificado
- F70.9 Retraso mental leve
- F71.9 Retraso mental moderado
- F72.9 Retraso mental grave
- F73.9 Retraso mental profundo

- F79.9 Retraso mental, de gravedad no especificada
- F80.0 Trastorno fonológico
- F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo
- F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
- F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado
- F81.0 Trastorno de la lectura
- F81.2 Trastorno del cálculo
- F81.8 Trastorno de la expresión escrita
- F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado
- F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación
- F84.0 Trastorno autista
- F84.2 Trastorno de Rett
- F84.3 Trastorno desintegrativo infantil
- F84.5 Trastorno de Asperger
- F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
- [F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado
- [F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
- F90.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado
- F91.3 Trastorno negativista desafiante
- F91.8 Trastorno disocial
- F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado
- F93.0 Trastorno de ansiedad por separación
- F93.3 Problema de relación entre hermanos
- F93.8 Problema de identidad
- F94.0 Mutismo selectivo
- F94.1 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, tipo inhibido
- F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, tipo desinhibido
- F95.0 Trastorno de tics transitorios
- F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos
- F95.2 Trastorno de la Tourette
- F95.9 Trastorno de tics no especificado
- F98.0 Enuresis (no debida a una enfermedad médica)
- F98.1 Encopresis sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
- [F98.2 Trastorno de rumiación
- [F98.2 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez
- F98.3 Pica
- F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados
- F98.5 Tartamudeo
- F98.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención
- F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado
- F99 Trastorno mental no especificado (no psicótico)
- G10 Demencia debida a enfermedad de Huntington (Enfermedad de Huntington en el Eje III)
- G20 Demencia debida a enfermedad de Parkinson (Enfermedad de Parkinson en el Eje III)
- G21.0 Síndrome neuroléptico maligno
- [G21.1 Acatisia aguda inducida por neurolépticos
- [G21.1 Parkinsonismo inducido por neurolépticos
- [G24.0 Distonía aguda inducida por neurolépticos
- [G24.0 Discinesia tardía inducida por neurolépticos
- G25.1 Temblor postural inducido por medicamentos
- G25.9 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado

- G30.0 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano (Enfermedad de Alzheimer en el Eje III)
- G31.0 Demencia debida a enfermedad de Pick (Enfermedad de Pick en el Eje III)
- G47.0 Trastorno del sueño debido a... (indicar enfermedad médica), tipo insomnio
- G47.1 Trastorno del sueño debido a... (indicar enfermedad médica), tipo hipersomnia
- G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración
- G47.4 Narcolepsia
- [G47.8 Trastorno del sueño debido a... (indicar enfermedad médica), tipo parasomnia
- [G47.8 Trastorno del sueño debido a... (indicar enfermedad médica), tipo mixto
- .- Trastorno del sueño inducido por sustancias
- K59.0 Encopresis con estreñimiento (en el Eje III)
- [N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a... (indicar enfermedad médica)
- [N50.8 Dispareunia masculina debida a... (indicar enfermedad médica)
- [N50.8 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a... (indicar enfermedad médica)
- .- Trastorno sexual inducido por sustancias
- N84.4 Trastorno de la erección en el varón debido a... (indicar enfermedad médica)
- N94.1 Dispareunia femenina debida a... (indicar enfermedad médica)
- [N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a... (indicar enfermedad médica)
- [N94.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a... (indicar enfermedad médica)
- R15 Encopresis con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento
- R41.3 Trastorno amnésico no especificado
- R41.8 Capacidad intelectual límite
- R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad
- R46.8 Diagnóstico aplazado en el Eje II
- R69 Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I
- S06.9 Demencia debida a traumatismo craneal (Lesión cerebral en el Eje III)
- T74.0 Negligencia de la infancia
- [T74.1 Abuso físico del niño
- [T74.1 Abuso físico del adulto
- [T74.2 Abuso sexual del niño
- [T74.2 Abuso sexual del adulto
- T88.7 Efectos adversos de los medicamentos no especificados
- [Z03.2 Sin diagnóstico o estado en el Eje I
- [Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II
- Z55.8 Problema académico
- Z56.7 Problema laboral
- Z60.0 Problema biográfico
- Z60.3 Problema de aculturación
- Z63.0 Problemas conyugales
- Z63.1 Problemas paterno-filiales (si el objeto de atención clínica es el niño)
- Z63.4 Duelo
- Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica
- Z63.8 Problemas paternofiliales
- Z63.9 Problema de relación no especificado
- Z71.8 Problema religioso o espiritual
- [Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto
- [Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia
- Z76.5 Simulación
- Z91.1 Incumplimiento terapéutico

Apéndice G

Clasificación DSM-IV con códigos CIE-9-MC

Cuando aparece una *x* en un código diagnóstico significa que se requiere un número específico de código.

En los nombres de algunos trastornos se añaden paréntesis (...) para indicar que hay que incluir el nombre del trastorno mental específico o de la enfermedad médica (p. ej., 239.0 Delirium debido a hipotiroidismo).

Los números entre paréntesis indican el número de página.

Si se cumplen todos los criterios, se puede anotar una de las siguientes especificaciones de gravedad a continuación del diagnóstico:

Leve
Moderado
Grave

Si no se cumplen todos los criterios, se puede anotar una de las siguientes especificaciones:

En remisión parcial
En remisión total
Historia anterior

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (39)

RETRASO MENTAL (41)

Nota: Se codifican en el Eje II.

317 Retraso mental leve (42)

318.0 Retraso mental moderado (43)
318.1 Retraso mental grave (43)
318.2 Retraso mental profundo (43)
319 Retraso mental de gravedad no especificada (44)

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE (48)

315.00 Trastorno de la lectura (50)
315.1 Trastorno del cálculo (52)
315.2 Trastorno de la expresión escrita (54)
315.9 Trastorno del aprendizaje no especificado (56)

TRASTORNO DE LAS HABILIDADES MOTORAS (56)

315.4 Trastorno del desarrollo de la coordinación (56)

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN (58)

315.31 Trastorno del lenguaje expresivo (58)
315.31 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (61)
315.39 Trastorno fonológico (64)
307.0 Tartamudeo (66)
307.9 Trastorno de la comunicación no especificado (69)

TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO (69)

299.00 Trastorno autista (69)
299.80 Trastorno de Rett (75)
299.10 Trastorno desintegrativo infantil (77)
299.80 Trastorno de Asperger (79)
299.80 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (82)

TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR (82)

- 314.xx Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (82)
- .01 Tipo combinado
 - .00 Tipo con predominio del déficit de atención
 - .01 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
- 314.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (89)
- 312.8 Trastorno disocial (90)
Especificar tipo: De inicio infantil/De inicio adolescente
- 313.81 Trastorno negativista desafiante (96)
- 312.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado (99)

TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ (99)

- 307.52 Pica (99)
- 307.53 Trastorno de rumiación (101)
- 307.59 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez (103)

TRASTORNOS DE TICS (105)

- 307.23 Trastorno de la Tourette (107)
- 307.22 Trastorno de tics motores o vocales crónicos (109)
- 307.21 Trastorno de tics transitorios (110)
Especificar si: Episodio único/recidivante
- 307.20 Trastorno de tics no especificado (111)

TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN (111)

- .- Encopresis (111)
- 787.6 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento
- 307.7 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
- 307.6 Enuresis (no debida a una enfermedad médica) (114)
Especificar tipo: Sólo nocturna/sólo diurna/nocturna y diurna

OTROS TRASTORNOS DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA (116)

- 309.21 Trastorno de ansiedad por separación (116)
Especificar si: De inicio temprano

- 313.23 Mutismo selectivo (120)
- 313.89 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (122)
Especificar tipo: inhibido/Deshinbido
- 307.3 Trastorno de movimientos estereotipados (125)
Especificar si: Con comportamientos autolesivos
- 313.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado (128)

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos (129)**DELIRIUM (130)**

- 293.0 Delirium debido a...
(indicar enfermedad médica)
- .- Delirium inducido por sustancias
(consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (135)
- .- Delirium por abstinencia de sustancias
(consultar trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (135)
- .- Delirium debido a múltiples etiologías
(codificar cada etiología específica) (138)
- 780.09 Delirium no especificado (139)

DEMENCIA (139)

- 290.xx Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano
(codificar también 331.0 Enfermedad de Alzheimer en el Eje III) (145)
- .10 No complicada
 - .11 Con delirium
 - .12 Con ideas delirantes
 - .13 Con estado de ánimo depresivo
Especificar si: Con trastorno de comportamiento
- 290.xx Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío
(codificar también 331.0 Enfermedad de Alzheimer en el Eje III) (145)

- .0 No complicada
- .3 Con delirium
- .20 Con ideas delirantes
- .21 Con estado de ánimo depresivo
Especificar si: Con trastorno de comportamiento
- 290.xx Demencia vascular (150)
 - .40 No complicada
 - .41 Con delirium
 - .42 Con ideas delirantes
 - .43 Con estado de ánimo depresivo
Especificar si: Con trastorno de comportamiento
- 294.9 Demencia debida a enfermedad por VIH
(codificar también 0.43.1 Encefalopatía por VIH en el Eje III) (154)
- 294.1 Demencia debida a traumatismo craneal
(codificar también 854.00 Lesión cerebral en el Eje III) (155)
- 294.1 Demencia debida a enfermedad de Parkinson
(codificar también 332.0 Enfermedad de Parkinson en el Eje III) (155)
- 294.1 Demencia debida a enfermedad de Huntington
(codificar también 333.4 Enfermedad de Huntington en el Eje III) (155)
- 290.10 Demencia debida a enfermedad de Pick
(codificar también 331.1 Enfermedad de Pick en el Eje III) (156)
- 290.10 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
(codificar también 046.1 Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en el Eje III) (156)
- 294.1 Demencia debida a...
(indicar enfermedad médica no enumerada antes) (codificar también la enfermedad médica en el Eje III) (157)
- .- Demencia persistente inducida por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (159)
- .- Demencia debida a múltiples etiologías
(codificar cada una de las etiologías específicas) (161)
- 294.8 Demencia no especificada (162)

TRASTORNOS AMNÉSICOS (162)

- 294.0 Trastorno amnésico debido a...
(indicar enfermedad médica) (165)
Especificar si: Transitorio/crónico
- .- Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (167)
- 294.8 Trastorno amnésico no especificado (169)

OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS (169)

- 294.9 Trastorno cognoscitivo no especificado (169)

Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados (171)

- 293.89 Trastorno catatónico debido a...
(indicar enfermedad médica) (175)
- 310.1 Cambio de personalidad debido a...
(indicar enfermedad médica) (176)
Especificar tipo: Lábil/desinhibido/agresivo/apático/paranoide/otros tipos/combinado/tipo inespecífico
- 293.9 Trastorno mental no especificado debido a...
(indicar enfermedad médica) (179)

Trastornos relacionados con sustancias (181)

- ^a *Se pueden aplicar las siguientes especificaciones a la dependencia de sustancias:*
- Con dependencia fisiológica/sin dependencia fisiológica
 - Remisión total temprana/remisión parcial temprana
 - Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida
 - En un entorno controlado/en terapéutica con agonistas
- Se aplican las siguientes especificaciones a los trastornos inducidos por sustancias:*
- ¹ De inicio durante la intoxicación/[^] de inicio durante la abstinencia

**TRASTORNOS RELACIONADOS
CON CANNABIS (227)****Trastornos por consumo de Cannabis**

- 304.30 Dependencia de Cannabis^a (228)
305.20 Abuso de Cannabis (229)

Trastornos inducidos por Cannabis

- 292.89 Intoxicación por Cannabis (229)
Especificar si: Con alteraciones perceptivas (230)
292.81 Delirium por intoxicación por Cannabis (135)
292.xx Trastorno psicótico inducido por Cannabis (317)
.11 Con ideas delirantes¹
.12 Con alucinaciones¹
292.89 Trastorno de ansiedad inducido por Cannabis¹ (451)
292.9 Trastorno relacionado con Cannabis no especificado (233)

**TRASTORNOS RELACIONADOS
CON COCAÍNA (233)****Trastornos por consumo de cocaína**

- 304.20 Dependencia de cocaína^a (235)
305.60 Abuso de cocaína (235)

Trastornos inducidos por cocaína

- 292.89 Intoxicación por cocaína (236)
Especificar si: Con alteraciones perceptivas (236)
292.0 Abstinencia de cocaína (237)
292.81 Delirium por intoxicación por cocaína (135)
292.xx Trastorno psicótico inducido por cocaína (317)
.11 Con ideas delirantes¹
.12 Con alucinaciones¹
292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína^{1,A} (379)
292.89 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína^{1,A} (451)
292.89 Trastorno sexual inducido por cocaína¹ (532)
292.89 Trastorno del sueño inducido por cocaína^{1,A} (617)
292.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado (241)

**TRASTORNOS RELACIONADOS
CON FENCICLIDINA (O SUSTANCIAS
DE ACCIÓN SIMILAR) (242)****Trastornos por consumo de fenciclidina**

- 304.90 Dependencia de fenciclidina^a (243)
305.90 Abuso de fenciclidina (243)

Trastornos inducidos por fenciclidina

- 292.89 Intoxicación por fenciclidina (244)
Especificar si: Con alteraciones perceptivas (244)
292.81 Delirium por intoxicación por fenciclidina (135)
292.xx Trastorno psicótico inducido por fenciclidina (317)
.11 Con ideas delirantes¹
.12 Con alucinaciones¹
292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina¹ (379)
292.89 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina¹ (451)
292.9 Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado (247)

**TRASTORNOS RELACIONADOS
CON INHALANTES (247)****Trastornos por consumo de inhalantes**

- 304.60 Dependencia de inhalantes^a (249)
305.90 Abuso de inhalantes (249)

Trastornos inducidos por inhalantes

- 292.89 Intoxicación por inhalantes (250)
292.81 Delirium por intoxicación por inhalantes (135)
292.82 Demencia persistente inducida por inhalantes (159)
292.xx Trastorno psicótico inducido por inhalantes (317)
.11 Con ideas delirantes¹
.12 Con alucinaciones¹
292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes¹ (379)
292.89 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes¹ (451)
292.9 Trastorno relacionado con inhalantes no especificado (254)

| | | |
|---|--|---|
| TRASTORNOS RELACIONADOS CON NICOTINA (254) | 292.0 | Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (270) <i>Especificar si:</i> Con alteraciones perceptivas |
| Trastorno por consumo de nicotina | 292.81 | Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (135) |
| 305.10 Dependencia de nicotina ^a (254) | 292.81 | Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (135) |
| Trastornos inducidos por nicotina | 292.82 | Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (159) |
| 292.0 Abstinencia de nicotina (255) | 292.83 | Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (167) |
| 292.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado (258) | 292.xx | Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (317) |
| TRASTORNOS RELACIONADOS CON OPIÁCEOS (259) | .11 | Con ideas delirantes ^{1A} |
| Trastornos por consumo de opiáceos | .12 | Con alucinaciones ^{1A} |
| 304.00 Dependencia de opiáceos ^a (260) | 292.84 | Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ^{1A} (379) |
| 305.50 Abuso de opiáceos (260) | 292.89 | Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ^A (451) |
| Trastornos inducidos por opiáceos | 292.89 | Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ¹ (532) |
| 292.89 Intoxicación por opiáceos (260) <i>Especificar si:</i> Con alteraciones perceptivas (261) | 292.89 | Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ^{1A} (617) |
| 292.0 Abstinencia de opiáceos (262) | 292.9 | Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado (275) |
| 292.81 Delirium por intoxicación por opiáceos (135) | | |
| 292.xx Trastorno psicótico inducido por opiáceos (317) | | |
| .11 Con ideas delirantes ¹ | | |
| .12 Con alucinaciones ¹ | | |
| 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos ¹ (379) | | |
| 292.89 Trastorno sexual inducido por opiáceos ¹ (532) | | |
| 292.89 Trastorno del sueño inducido por opiáceos ^{1A} (617) | | |
| 292.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado (266) | | |
| TRASTORNOS RELACIONADOS CON SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS (266) | TRASTORNO RELACIONADO CON VARIAS SUSTANCIAS | |
| Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos | 304.80 | Dependencia de varias sustancias ^a (276) |
| 304.10 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ^a (268) | TRASTORNOS RELACIONADOS CON OTRAS SUSTANCIAS (O DESCONOCIDAS) (276) | |
| 305.40 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (269) | Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas) | |
| Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos | 304.90 | Dependencia de otras sustancias (o desconocidas) ^a (182) |
| 292.89 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (269) | 305.90 | Abuso de otras sustancias (o desconocidas) (188) |

Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas)

- 292.89 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas) (189)
Especificar si: Con alteraciones perceptivas
- 292.0 Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas) (190)
Especificar si: Con alteraciones perceptivas
- 292.81 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas) (135)
- 292.82 Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas) (159)
- 292.83 Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas) (167)
- 292.xx Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas) (317)
 - .11 Con ideas delirantes^{LA}
 - .12 Con alucinaciones^{LA}
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas)^{LA} (379)
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas)^{LA} (451)
- 292.89 Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas)¹ (532)
- 292.89 Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas)^{LA} (617)
- 292.2 Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado (278)

síntomas negativos acusados)/Episodio único en remisión parcial (*especificar si:* Con síntomas negativos acusados)/Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

- .30 Tipo paranoide (292)
- .10 Tipo desorganizado (293)
- .20 Tipo catatónico (294)
- .90 Tipo indiferenciado (295)
- .60 Tipo residual (296)
- 295.40 Trastorno esquizofreniforme (296)
Especificar si: Sin síntomas de buen pronóstico/con síntomas de buen pronóstico
- 295.70 Trastorno esquizoafectivo (298)
Especificar tipo: Bipolar/depresivo
- 297.1 Trastorno delirante (303)
Especificar tipo: Erotomaniaco/de grandiosidad/celotípico/persecutorio/somático/mixto/no especificado
- 298.8 Trastorno psicótico breve (308)
Especificar si: Con desencadenante(s) grave(s)/Sin desencadenante(s) grave(s)/De inicio en el posparto
- 297.3 Trastorno psicótico compartido (*folie à deux*) (312)
- 293.xx Trastorno psicótico debido a... (*indicar enfermedad médica*) (314)
 - .81 Con ideas delirantes
 - .82 Con alucinaciones
 - .— Trastorno psicótico inducido por sustancias (*consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas*) (317)
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia
- 298.9 Trastorno psicótico no especificado (322)

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (279)

295.xx Esquizofrenia (280)

La siguiente clasificación de curso longitudinal es aplicable a todos los subtipos de esquizofrenia:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (*especificar si:* Con síntomas negativos acusados)/Episódico sin síntomas residuales interepisódicos/Continuo (*especificar si:* Con

Trastornos del estado de ánimo (323)

Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor o del trastorno bipolar I en el quinto dígito:

- 1 = Leve
 2 = Moderado
 3 = Grave sin síntomas psicóticos
 4 = Grave con síntomas psicóticos
Especificar: Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo/síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo
 5 = En remisión parcial
 6 = En remisión total
 0 = No especificado

Se aplicarán (para los episodios actuales o más recientes) a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones:

- ^a Gravedad/psicótico/especificaciones en remisión/
^b crónico/^c con síntomas catatónicos/^d con síntomas melancólicos/^e con síntomas atípicos/^f de inicio en el posparto

Se aplicarán a los trastornos del estado de ánimo las siguientes especificaciones:

- ^g Con o sin recuperación interepisódica total/^h con patrón estacional/ⁱ con ciclos rápidos

TRASTORNOS DEPRESIVOS (345)

- 296.xx Trastorno depresivo mayor (345)
 .2x Episodio único^{a,b,c,d,e,f}
 .3x Recidivante^{a,b,c,d,e,f,g,h}
 300.4 Trastorno distímico (352)
Especificar si: De inicio temprano/de inicio tardío
Especificar: Con síntomas atípicos
 311 Trastorno depresivo no especificado (357)

TRASTORNOS BIPOLARES (358)

- 296.xx Trastorno bipolar I (358)
 .0x Episodio maníaco único^{a,c,f}
Especificar si: Mixto
 .40 Con episodio más reciente hipomaníaco^{g,h,i}
 .4x Con episodio más reciente maníaco^{a,c,f,g,h,i}
 .6x Con episodio más reciente mixto^{a,c,f,g,h,i}
 .5x Con episodio más reciente depresivo^{a,b,c,d,e,f,g,h,i}
 .7 Con episodio más reciente no especificado^{g,h,i}
 296.89 Trastorno bipolar II^{a,b,c,d,e,f,g,h,i} (367)
Especificar (episodio actual o más reciente): Hipomaníaco/depresivo
 301.13 Trastorno ciclotímico (371)

- 296.80 Trastorno bipolar no especificado (374)
 293.83 Trastorno del estado de ánimo debido a...
(indicar enfermedad médica) (366)
Especificar tipo: Con síntomas depresivos/con síntomas de depresión mayor/con síntomas maníacos/con síntomas mixtos
 —.— Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (379)
Especificar tipo: Con síntomas depresivos/con síntomas maníacos/con síntomas mixtos
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia
 269.90 Trastorno del estado de ánimo no especificado (384)

Trastornos de ansiedad (401)

- 300.01 Trastorno de angustia sin agorafobia (405)
 300.21 Trastorno de angustia con agorafobia (405)
 300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (412)
 300.29 Fobia específica (414)
Especificar tipo: Animal/ambiental/sangre-inyecciones-daño/situacional/otro tipo
 300.23 Fobia social (421)
Especificar si: Generalizada
 300.3 Trastorno obsesivo-compulsivo (428)
Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad
 309.81 Trastorno por estrés postraumático (434)
Especificar si: Agudo/crónico
Especificar si: De inicio demorado
 308.3 Trastorno por estrés agudo (440)
 300.02 Trastorno de ansiedad generalizada (444)
 293.89 Trastorno de ansiedad debido a...
(indicar enfermedad médica) (448)
Especificar si: Con ansiedad generalizada/con crisis de angustia/con síntomas obsesivo-compulsivos

- .- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
(consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (451)
Especificar si: Con ansiedad generalizada/con crisis de angustia/con síntomas obsesivo-compulsivos/con síntomas fóbicos
Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia
- 300.00 Trastorno de ansiedad no especificado (456)

Trastornos somatomorfos (457)

- 300.81 Trastorno de somatización (457)
- 300.81 Trastorno somatomorfo indiferenciado (462)
- 300.11 Trastorno de conversión (464)
Especificar tipo: Con síntomas o déficit motores/con síntomas o déficit sensoriales/con crisis de presentación mixta
- 307.xx Trastorno por dolor (470)
- .80 Asociado a factores psicológicos
- .89 Asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica
Especificar si: Agudo/crónico
- 300.7 Hipocondría (475)
Especificar si: Con poca conciencia de enfermedad
- 300.7 Trastorno dismórfico corporal (478)
- 300.81 Trastorno somatomorfo no especificado (481)

Trastornos facticios (483)

- 300.xx Trastorno facticio (483)
- .16 Con predominio de signos y síntomas psicológicos
- .19 Con predominio de signos y síntomas somáticos
- .19 Con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos
- 300.19 Trastorno facticio no especificado (487)

Trastornos disociativos (489)

- 300.12 Amnesia disociativa (490)
- 300.13 Fuga disociativa (493)
- 300.14 Trastorno de identidad disociativo (496)
- 300.6 Trastorno de despersonalización (500)
- 300.15 Trastorno disociativo no especificado (502)

Trastornos sexuales y de la identidad sexual (505)

TRASTORNOS SEXUALES (505)

Se aplicarán las siguientes especificaciones a todos los trastornos sexuales primarios:

Especificar tipo: De toda la vida/adquirido/general/situacional/debido a factores psicológicos/debido a factores combinados

Trastornos del deseo sexual

- 302.71 Deseo sexual hipoactivo (508)
- 302.79 Trastorno por aversión al sexo (511)

Trastornos de la excitación sexual

- 302.72 Trastorno de la excitación sexual en la mujer (512)
- 302.72 Trastorno de la erección en el varón (514)

Trastornos del orgasmo

- 302.73 Trastorno orgásmico femenino (517)
- 302.74 Trastorno orgásmico masculino (520)
- 302.75 Eyaculación precoz (522)

Trastornos sexuales por dolor

- 302.76 Dispareunia (no debida a una enfermedad médica) (524)
- 306.51 Vaginismo (no debido a una enfermedad médica) (526)

Trastorno sexual debido a una enfermedad médica (528)

- 625.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a...
(indicar enfermedad médica) (528)

| | | | |
|--|---|--|--|
| 608.89 | Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a... (indicar enfermedad médica) (528) | .85 | En la adolescencia o en la vida adulta <i>Especificar si:</i> Con atracción sexual por los varones/con atracción sexual por las mujeres/con atracción sexual por ambos/sin atracción sexual por ninguno |
| 607.84 | Trastorno de la erección en el varón debido a... (indicar enfermedad médica) (528) | 302.6 | Trastorno de la identidad sexual no especificado (551) |
| 625.0 | Dispareunia femenina debida a... (indicar enfermedad médica) (528) | 302.9 | Trastorno sexual no especificado (551) |
| 608.89 | Dispareunia masculina debida a... (indicar enfermedad médica) (528) | Trastornos de la conducta alimentaria (553) | |
| 625.8 | Otros trastornos sexuales femeninos debidos a... (indicar enfermedad médica) (528) | | |
| 608.89 | Otros trastornos sexuales masculinos debidos a... (indicar enfermedad médica) (528) | 307.1 | Anorexia nerviosa (553) <i>Especificar tipo:</i> Restrictivo/compulsivo/purgativo |
| —.— | Trastorno sexual inducido por sustancias (consultar los trastornos relacionados con sustancias para los códigos específicos de cada una de ellas) (532) <i>Especificar si:</i> Con alteración del deseo/con alteración de la excitación/con alteración del orgasmo/con dolor sexual <i>Especificar si:</i> De inicio durante la intoxicación | 307.51 | Bulimia nerviosa (559) <i>Especificar tipo:</i> Purgativo/no purgativo |
| 302.70 | Trastorno sexual no especificado (535) | 307.50 | Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (564) |
| PARAFILIAS (535) | | Trastornos del sueño (565) | |
| 302.4 | Exhibicionismo (538) | TRASTORNOS PRIMARIOS DEL SUEÑO (566) | |
| 302.81 | Fetichismo (539) | Disomnias (566) | |
| 302.89 | Frotteurismo (539) | 307.42 | Insomnio primario (567) |
| 302.2 | Pedofilia (540) <i>Especificar si:</i> Con atracción sexual por los varones/con atracción sexual por las mujeres/con atracción sexual por ambos sexos <i>Especificar si:</i> Limitada al incesto <i>Especificar tipo:</i> Exclusivo/no exclusivo | 307.44 | Hipersomnia primaria (571) <i>Especificar si:</i> Recidivante |
| 302.83 | Masoquismo sexual (541) | 347 | Narcolepsia (576) |
| 302.84 | Sadismo sexual (542) | 780.59 | Trastorno del sueño relacionado con la respiración (581) |
| 302.3 | Fetichismo transvestista (543) <i>Especificar si:</i> Con disforia sexual | 307.45 | Trastorno del ritmo circadiano (588) <i>Especificar tipo:</i> Sueño retrasado/ <i>jet lag</i> /cambios de turno de trabajo/no especificado |
| 302.82 | Voyeurismo (544) | 307.47 | Disomnias no especificada (594) |
| 302.9 | Parafilia no especificada (545) | Parasomnias (594) | |
| TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL (545) | | 307.47 | Pesadillas (595) |
| 302.xx | Trastorno de la identidad sexual (545) | 307.46 | Terrores nocturnos (598) |
| .6 | En la niñez | 307.46 | Sonambulismo (603) |
| | | 307.47 | Parasomnia no especificada (607) |

**TRASTORNOS DEL SUEÑO
RELACIONADOS CON OTRO
TRASTORNO MENTAL (608)**
307.42 Insomnio relacionado con...
(indicar trastorno del Eje I o del
Eje II) (608)
307.44 Hipersomnia relacionada con...
(indicar trastorno del Eje I o del
Eje II) (608)

OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO
780.xx Trastorno del sueño debido a...
(indicar enfermedad médica) (613)
.52 Tipo insomnio
.54 Tipo hipersomnia
.59 Tipo parasomnia
.59 Tipo mixto
—.- Trastorno del sueño inducido por
sustancias
(consultar los trastornos
relacionados con sustancias para los
códigos específicos de cada una de
ellas) (617)
Especificar tipo: Insomnio/hipersomnia/
parasomnia/mixto
Especificar si: De inicio durante la
intoxicación/de inicio durante la abstinencia

**Trastornos del control
de los impulsos no clasificados
en otros apartados (625)**

312.34 Trastorno explosivo intermitente
(625)
312.32 Cleptomanía (628)
312.33 Píromanía (630)
312.31 Juego patológico (632)
312.39 Tricotilomanía (634)
312.30 Trastorno del control de los impulsos
no especificado (637)

Trastornos adaptativos (639)

309.xx Trastorno adaptativo (639)
.0 Con estado de ánimo depresivo
.24 Con ansiedad
.28 Mixto, con ansiedad y estado de
ánimo depresivo

.3 Con trastorno de comportamiento
.4 Con alteración mixta de las
emociones y el comportamiento
.9 No especificado
Especificar si: Agudo/crónico

Trastornos de la personalidad (645)

Nota: Se codifican en el Eje II.
301.0 Trastorno paranoide de la
personalidad (650)
301.20 Trastorno esquizoide de la
personalidad (654)
301.22 Trastorno esquizotípico de la
personalidad (657)
301.7 Trastorno antisocial de la
personalidad (662)
301.83 Trastorno límite de la personalidad
(666)
301.50 Trastorno histriónico de la
personalidad (671)
301.81 Trastorno narcisista de la
personalidad (674)
301.82 Trastorno de la personalidad por
evitación (678)
301.6 Trastorno de la personalidad por
dependencia (682)
301.4 Trastorno obsesivo-compulsivo de la
personalidad (685)
301.9 Trastorno de la personalidad no
especificado (689)

**Otros problemas que pueden ser
objeto de atención clínica (691)**

**FACTORES PSICOLÓGICOS QUE
AFECTAN AL ESTADO FÍSICO (691)**
316 ...(*Especificar el factor psicológico*)
que afecta a...
(indicar enfermedad médica) (691)
*Elegir según la naturaleza de los
factores:*
Trastorno mental que afecta a una
enfermedad médica
Síntomas psicológicos que afectan a
una enfermedad médica

Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica
 Comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica
 Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica
 Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica

V61.21 Abuso sexual del niño (697)
(codificar 995.5 si el objeto de atención es la víctima)
 V61.21 Negligencia de la infancia (698)
(codificar 995.9 si el objeto de atención es la víctima)
 V61.1 Abuso físico del adulto (698)
(codificar 995.81 si el objeto de atención es la víctima)
 V61.1 Abuso sexual del adulto (698)
Codificar 995.81 si el objeto de atención es la víctima)

TRASTORNOS MOTORES INDUCIDOS POR MEDICAMENTOS (694)

332.1 Parkinsonismo inducido por neurolepticos (694)
 333.92 Síndrome neuroleptico maligno (695)
 333.7 Distonía aguda inducida por neurolepticos (695)
 333.99 Acatisia aguda inducida por neurolepticos (695)
 333.82 Discinesia tardía inducida por neurolepticos (695)
 333.1 Temblor postural inducido por medicamentos (695)
 333.90 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado (695)

TRASTORNOS INDUCIDOS POR OTROS MEDICAMENTOS

995.2 Efectos adversos de los medicamentos no especificados (696)

PROBLEMAS DE RELACIÓN (696)

V61.9 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica (696)
 V61.20 Problemas paterno-filiales (696)
 V61.1 Problemas conyugales (697)
 V61.8 Problema de relación entre hermanos (697)
 V62.81 Problema de relación no especificado (697)

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO O LA NEGLIGENCIA (697)

V61.21 Abuso físico del niño (697)
(codificar 995.5 si el objeto de atención es la víctima)

PROBLEMAS ADICIONALES QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA (698)

V15.81 Incumplimiento terapéutico (698)
 V65.2 Simulación (698)
 V71.01 Comportamiento antisocial del adulto (699)
 V71.02 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (699)
 V62.89 Capacidad intelectual límite (699)
Nota: Se codifica en el Eje II
 780.9 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad (699)
 V62.82 Duelo (700)
 V62.3 Problema académico (700)
 V62.2 Problema laboral (700)
 313.82 Problema de identidad (700)
 V62.89 Problema religioso o espiritual (700)
 V62.4 Problema de aculturación (701)
 V62.89 Problema biográfico (701)

Códigos adicionales

300.9 Trastorno mental no especificado (no psicótico) (703)
 V71.09 Sin diagnóstico o estado en el Eje I (703)
 799.9 Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I (703)
 V71.09 Sin diagnóstico en el Eje II (703)
 799.9 Diagnóstico aplazado en el Eje II (703)

Sistema multiaxial

| | | | |
|-------|---|---------|---|
| Eje I | Trastornos cíclicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica | Eje II | Trastornos de la personalidad Retraso mental |
| | | Eje III | Enfermedades médicas |
| | | Eje IV | Problemas psicosociales y ambientales |
| | | Eje V | Evaluación global de la actividad |

Apéndice H

Índice alfabético de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC)

- 316 ... (*Especificar factor psicológico*) que afecta a... (*indicar enfermedad médica*)
- V61.1 Abuso físico del adulto
- 995.81 Abuso físico del adulto (*si el objeto de atención es la víctima*)
- V61.21 Abuso físico del niño
- 995.5 Abuso físico del niño (*si el objeto de atención es la víctima*)
- V61.1 Abuso sexual del adulto
- 995.81 Abuso sexual del adulto (*si el objeto de atención es la víctima*)
- V61.21 Abuso sexual del niño
- 995.5 Abuso sexual del niño (*si el objeto de atención es la víctima*)
- V62.3 Académico, problema
- 333.99 Acatisia aguda inducida por neurolépticos
- V62.4 Aculturación, problema de Adaptativo, trastorno
- 309.4 con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
- 309.24 con ansiedad
- 309.0 con estado de ánimo depresivo
- 309.3 con trastorno de comportamiento
- 309.28 mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
- 309.9 no especificado
- 300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Alcohol
- 291.8 abstinencia de
- 305.00 abuso de
- 291.0 delirium por abstinencia de
- 291.0 delirium por intoxicación por
- 291.2 demencia persistente inducida por
- 303.90 dependencia del
- 303.00 intoxicación por
- 291.1 trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
- 291.8 trastorno de ansiedad inducido por
- 291.8 trastorno del estado de ánimo inducido por
- 291.8 trastorno del sueño inducido por
- trastorno psicótico inducido por
- 291.3 con alucinaciones
- 291.5 con ideas delirantes
- 291.9 trastorno relacionado con, no especificado

- Alcohol (*cont.*)
- 291.8 trastorno sexual inducido por
- Alucinógenos
- 305.30 abuso de
- 292.81 delirium por intoxicación por
- 304.50 dependencia de
- 292.89 intoxicación por
- 292.89 trastorno de ansiedad inducido por
- 292.84 trastorno del estado de ánimo inducido por
- 292.89 trastorno perceptivo persistente (*flashbacks*) por
- trastorno psicótico inducido por
- 292.12 con alucinaciones
- 292.11 con ideas delirantes
- 292.9 trastorno relacionado con, no especificado
- 300.12 Amnesia disociativa
- Amnésico, trastorno
- 294.0 debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 294.8 no especificado
- Anfetamina
- 292.0 abstinencia de
- 305.70 abuso de
- 292.81 delirium por intoxicación por
- 304.40 dependencia de
- 292.89 intoxicación por
- 292.89 trastorno de ansiedad inducido por
- 292.84 trastorno del estado de ánimo inducido por
- 292.89 trastorno del sueño inducido por
- trastorno psicótico inducido por
- 292.12 con alucinaciones
- 292.11 con ideas delirantes
- 292.9 trastorno relacionado con, no especificado
- 292.89 trastorno sexual inducido por
- 300.21 Angustia con agorafobia, trastorno por
- 300.01 Angustia sin agorafobia, trastorno por
- 307.1 Anorexia nerviosa
- 300.02 Ansiedad generalizada, trastorno de
- 309.21 Ansiedad por separación, trastorno de
- Ansiedad, trastorno de
- 293.89 debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 300.00 no especificado
- 301.7 Antisocial de la personalidad, trastorno
- V71.01 Antisocial del adulto, comportamiento
- V71.02 Antisocial en la niñez o la adolescencia, comportamiento
- 315.9 Aprendizaje, trastorno del, no especificado
- 299.80 Asperger, trastorno de
- 299.00 Autista, trastorno
- 302.79 Aversión al sexo, trastorno por
- V62.89 Biográfico, problema
- 296.80 Bipolar, trastorno, no especificado
- Bipolar I, trastorno
- episodio más reciente depresivo
- 296.55 en remisión parcial

- Bipolar I, trastorno, episodio más reciente depresivo (*cont.*)
 - 296.56 en remisión total
 - 296.54 grave con síntomas psicóticos
 - 296.53 grave sin síntomas psicóticos
 - 296.51 leve
 - 296.52 moderado
 - 296.50 no especificado
 - 296.40 episodio más reciente hipomaníaco
 - episodio más reciente maníaco
 - 296.45 en remisión parcial
 - 296.46 en remisión total
 - 296.44 grave con síntomas psicóticos
 - 296.43 grave sin síntomas psicóticos
 - 296.41 leve
 - 296.42 moderado
 - 296.40 no especificado
 - episodio más reciente mixto
 - 296.65 en remisión parcial
 - 296.66 en remisión total
 - 296.64 grave con síntomas psicóticos
 - 296.63 grave sin síntomas psicóticos
 - 296.61 leve
 - 296.62 moderado
 - 296.60 no especificado
 - 296.7 episodio más reciente no especificado
 - episodio maníaco único
 - 296.05 en remisión parcial
 - 296.06 en remisión total
 - 296.04 grave con síntomas psicóticos
 - 296.03 grave sin síntomas psicóticos
 - 296.01 leve
 - 296.02 moderado
 - 296.00 no especificado
- 296.89 Bipolar II, trastorno
- 307.51 Bulimia nerviosa
- Cafeína
 - 305.90 intoxicación por
- 292.89 trastorno de ansiedad inducido por
- 292.89 trastorno del sueño inducido por
- 292.9 trastorno relacionado con, no especificado
- 315.1 Cálculo, trastorno del
- Cannabis*
 - 305.20 abuso de
 - 292.81 delirium por intoxicación por
 - 304.30 dependencia de
 - 292.89 intoxicación por
 - 292.89 trastorno de ansiedad inducido por
 - trastorno psicótico inducido por
 - 292.12 con alucinaciones
 - 292.11 con ideas delirantes
 - 292.9 trastorno relacionado con, no especificado
- 293.89 Catatónico, trastorno, debido a... (*indicar enfermedad médica*)

- 301.13 Ciclotímico, trastorno
- 312.32 Cleptomanía
- Cocaína
 - 292.0 abstinencia de
 - 305.60 abuso de
 - 292.81 delirium por intoxicación por
 - 304.20 dependencia de
 - 292.89 intoxicación por
 - 292.89 trastorno de ansiedad inducido por
 - 292.84 trastorno del estado de ánimo inducido por
 - 292.89 trastorno del sueño inducido por
 - trastorno psicótico inducido por
 - 292.12 con alucinaciones
 - 292.11 con ideas delirantes
 - 292.9 trastorno relacionado con, no especificado
 - 292.89 trastorno sexual inducido por
- 294.9 Cognoscitivo, trastorno, no especificado
- 312.9 Comportamiento perturbador, trastorno de, no especificado
- 307.9 Comunicación, trastorno de la, no especificado
- 307.50 Conducta alimentaria, trastorno de la, no especificado
- 312.30 Control de los impulsos, trastorno del, no especificado
- 300.11 Conversión, trastorno de
- V61.1 Conyugales, problemas
- Déficit de atención con hiperactividad, trastorno por
 - 314.9 no especificado
 - 314.01 tipo combinado
 - 314.00 tipo con predominio del déficit de atención
 - 314.01 tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
- 297.1 Delirante, trastorno
- .- Delirium debido a múltiples etiologías
- 293.0 Delirium debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 780.09 Delirium no especificado
 - .- por abstinencia de sustancias
 - .- por intoxicación por sustancias
- Demencia debida a
 - 290.10 enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
 - 294.1 enfermedad de Huntington
 - 333.4 enfermedad de Huntington (*Enfermedad de Huntington en el Eje III*)
 - 294.1 enfermedad de Parkinson
 - 332.0 enfermedad de Parkinson (*Enfermedad de Parkinson en el Eje III*)
 - 290.10 enfermedad de Pick
 - 331.1 enfermedad de Pick (*Enfermedad de Pick en el Eje III*)
 - 294.9 enfermedad por VIH
 - 0.43.1 enfermedad por VIH (*Encefalopatía por VIH en el Eje III*)
 - .- múltiples etiologías
 - 294.1 traumatismo craneal
 - 854.00 traumatismo craneal (*Lesión cerebral en el Eje III*)
- 294.1 Demencia debida a... (*indicar enfermedad médica*)
- 294.8 Demencia no especificada
- Demencia tipo Alzheimer
 - de inicio tardío
- 290.3 con delirium

- Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío (*cont.*)
 - 290.21 con estado de ánimo depresivo
 - 290.20 con ideas delirantes
 - 290.0 no complicada
 - 331.0 de inicio temprano (*Enfermedad de Alzheimer en el Eje III*)
 - 290.11 con delirium
 - 290.13 con estado de ánimo depresivo
 - 290.12 con ideas delirantes
 - 290.10 no complicada
- Demencia vascular
 - 290.41 con delirium
 - 290.43 con estado de ánimo depresivo
 - 290.42 con ideas delirantes
 - 290.40 no complicada
- Depresivo mayor, trastorno
 - episodio único
 - 296.25 en remisión parcial
 - 296.26 en remisión total
 - 296.24 grave con síntomas psicóticos
 - 296.23 grave sin síntomas psicóticos
 - 296.21 leve
 - 296.22 moderado
 - 296.20 no especificado
 - recidivante
 - 296.35 en remisión parcial
 - 296.36 en remisión total
 - 296.34 grave con síntomas psicóticos
 - 296.33 grave sin síntomas psicóticos
 - 296.31 leve
 - 296.32 moderado
 - 296.30 no especificado
- 311 Depresivo, trastorno, no especificado
- Desarrollo
 - 315.4 de la coordinación, trastorno del
 - 299.80 trastorno generalizado del, no especificado
- 302.71 Deseo sexual hipoactivo
 - 608.89 en el varón, debido a... (*indicar enfermedad médica*)
 - 625.8 en la mujer, debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 299.10 Desintegrativo infantil, trastorno
- 300.6 Despersonalización, trastorno de
- 780.9 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad
- 799.9 Diagnóstico aplazado en el Eje II
- 799.9 Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I
- 333.82 Discinesia tardía inducida por neurolépticos
- 300.7 Dismórfico corporal, trastorno
- 312.8 Disocial, trastorno
- 300.15 Disociativo, trastorno, no especificado
- 307.47 Disomnia no especificada
- Dispareunia
 - 625.0 femenina debida a... (*indicar enfermedad médica*)
 - 608.89 masculina debida a... (*indicar enfermedad médica*)
 - 302.76 (no debida a enfermedad médica)

- 300.4 Distímico, trastorno
- 333.7 Disonía aguda inducida por neurolépticos
- Dolor, trastorno por
 - 307.80 asociado a factores psicológicos
 - 307.89 asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica
- V62.82 Duelo
- .— Encopresis
- 787.6 con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento
- 307.7 sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
- 307.6 Enuresis (no debida a una enfermedad médica)
- 302.72 Erección en el varón, trastorno de la
 - 607.84 debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 295.70 Esquizoafectivo, trastorno
- Esquizofrenia
 - 295.20 tipo catatónico
 - 295.10 tipo desorganizado
 - 295.90 tipo indiferenciado
 - 295.30 tipo paranoide
 - 295.60 tipo residual
- 295.40 Esquizofreniforme, trastorno
- 301.20 Esquizoide de la personalidad, trastorno
- 301.22 Esquizotípico de la personalidad, trastorno
- Estado de ánimo, trastorno del
 - 293.83 debido a... (*indicar enfermedad médica*)
 - 296.90 no especificado
- 316 Estado físico, factores psicológicos que afectan al... (*especificar factor psicológico*)
 - que afecta a... (*indicar enfermedad médica*)
- 308.3 Estrés agudo, trastorno por
- 309.81 Estrés postraumático, trastorno por
- 302.72 Excitación sexual en la mujer, trastorno de la
- 302.4 Exhibicionismo
- 312.34 Explosivo intermitente, trastorno
- 315.2 Expresión escrita, trastorno de la
- 302.75 Eyaculación precoz
- Facticio, trastorno
 - 300.19 con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos
 - 300.16 con predominio de signos y síntomas psicológicos
 - 300.19 con predominio de signos y síntomas somáticos
 - 300.19 no especificado
- Fenciclidina
 - 305.90 abuso de
 - 292.81 delirium por intoxicación por
 - 304.90 dependencia de
 - 292.89 intoxicación por
 - 292.89 trastorno de ansiedad inducido por
 - 292.84 trastorno del estado de ánimo inducido por
 - trastorno psicótico inducido por
 - 292.12 con alucinaciones
 - 292.11 con ideas delirantes
 - 292.9 trastorno relacionado con, no especificado
- 302.81 Fetichismo
- 302.3 Fetichismo transvestista

- 300.29 Fobia específica
 300.23 Fobia social
 315.39 Fonológico, trastorno
 302.89 Frotteurismo
 300.13 Fuga disociativa
 307.44 Hipersomnia primaria
 307.44 Hipersomnia relacionada con... (*indicar trastorno del Eje I o del Eje II*)
 300.7 Hipocondría
 301.50 Histriónico de la personalidad, trastorno
 313.82 Identidad, problema de
 Identidad sexual, trastorno de la
 302.85 en la adolescencia o en la vida adulta
 302.6 en la niñez
 302.6 no especificado
 300.14 Identidad, trastorno de, disociativo
 V15.81 Incumplimiento terapéutico
 313.9 Infancia, la niñez o la adolescencia, trastorno de la, no especificado
 307.59 Ingestión alimentaria de la infancia o la niñez, trastorno de la
 Inhalantes
 305.90 abuso de
 292.81 delirium por intoxicación por
 292.82 demencia persistente inducida por
 304.60 dependencia de
 292.89 intoxicación por
 292.89 trastorno de ansiedad inducido por
 292.84 trastorno del estado de ánimo inducido por
 trastorno psicótico inducido por
 292.12 con alucinaciones
 292.11 con ideas delirantes
 292.9 trastorno relacionado con, no especificado
 307.42 Insomnio primario
 307.42 Insomnio relacionado con... (*indicar trastorno del Eje I o del Eje II*)
 V62.89 Intelectual, límite, capacidad
 312.31 Juego patológico
 V62.2 Laboral, problema
 315.00 Lectura, trastorno de la
 315.31 Lenguaje expresivo, trastorno del
 315.31 Lenguaje, trastorno mixto del, receptivo-expresivo
 301.83 Límite de la personalidad, trastorno
 302.83 Masoquismo sexual
 995.2 Medicamentos no especificados, efectos adversos de los
 300.9 Mental, trastorno, no especificado (no psicótico)
 293.9 Mental, trastorno, no especificado debido a... (*indicar enfermedad
 médica*)
 333.90 Motor, trastorno, inducido por medicamentos, no especificado
 307.3 Movimientos estereotipados, trastorno de
 313.23 Mutismo selectivo
 301.81 Narcisista de la personalidad, trastorno
 347 Narcolepsia
 313.81 Negativista desafiante, trastorno
 V61.21 Negligencia de la infancia
 995.5 Negligencia de la infancia (*si el objeto de atención es la víctima*)

- Nicotina
 - 292.0 abstinencia de
 - 305.10 dependencia de
 - 292.9 trastorno relacionado con, no especificado
 - 301.4 Obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno
 - 300.3 Obsesivo-compulsivo, trastorno
- Opiáceos
 - 292.0 abstinencia de
 - 305.50 abuso de
 - 292.81 delirium por intoxicación por
 - 304.00 dependencia de
 - 292.89 intoxicación por
 - 292.84 trastorno del estado de ánimo inducido por
 - 292.89 trastorno del sueño inducido por
 - trastorno psicótico inducido por
 - 292.12 con alucinaciones
 - 292.11 con ideas delirantes
 - 292.9 trastorno relacionado con, no especificado
 - 292.89 trastorno sexual inducido por
 - 302.73 Orgásmico femenino, trastorno
 - 302.74 Orgásmico masculino, trastorno
 - 302.9 Parafilia no especificada
 - 301.0 Paranoide de la personalidad, trastorno
 - 307.47 Parasomnia no especificada
 - 332.1 Parkinsonismo inducido por neurolépticos
- V61.20 Paterno-filiales, problemas
- 302.2 Pedofilia
- 310.1 Personalidad, cambio de, debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 301.6 Personalidad por dependencia, trastorno de la
- 301.82 Personalidad por evitación, trastorno de la
- 301.9 Personalidad, trastorno de, no especificado
- 307.47 Pesadillas
- 307.52 Pica
- 312.33 Piromanía
- 298.8 Psicótico breve, trastorno
- 297.3 Psicótico compartido, trastorno (*folie à deux*)
- Psicótico, trastorno, debido a... (*indicar enfermedad médica*)
 - 293.82 con alucinaciones
 - 293.81 con ideas delirantes
- 298.9 Psicótico, trastorno, no especificado
- 313.89 Reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, trastorno
- Relación, problema de
 - V61.9 asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica
 - V61.8 entre hermanos
 - V62.81 no especificado
- V62.89 Religioso o espiritual, problema
- Retraso mental
 - 319 de gravedad no especificada
 - 318.1 grave
 - 317 leve
 - 318.0 moderado
 - 318.2 profundo

- 299.80 Rett, trastorno de
 307.45 Ritmo circadiano, trastorno del
 307.53 Rumiación, trastorno de
 302.84 Sadismo sexual
 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
 292.0 abstinencia de
 305.40 abuso de
 292.81 delirium por abstinencia de
 292.81 delirium por intoxicación por
 292.82 demencia persistente inducida por
 304.10 dependencia de
 292.89 intoxicación por
 292.83 trastorno amnésico persistente inducido por
 292.89 trastorno de ansiedad inducido por
 292.84 trastorno del estado de ánimo inducido por
 292.89 trastorno del sueño inducido por
 trastorno psicótico inducido por
 292.12 con alucinaciones
 292.11 con ideas delirantes
 292.9 trastorno relacionado con, no especificado
 292.89 trastorno sexual inducido por
 302.70 Sexual, trastorno, no especificado
 302.9 Sexual, trastorno, no especificado
 625.8 Sexuales femeninos, otros trastornos, debidos a... (*indicar enfermedad médica*)
 608.89 Sexuales masculinos, otros trastornos, debidos a... (*indicar enfermedad médica*)
 V65.2 Simulación
 V71.09 Sin diagnóstico en el Eje II
 V71.09 Sin diagnóstico o estado en el Eje I
 333.92 Síndrome neuroléptico maligno
 300.81 Somatización, trastorno de
 300.81 Somatomorfo indiferenciado, trastorno
 300.81 Somatomorfo, trastorno, no especificado
 307.46 Sonambulismo
 Sueño, trastorno del, debido a... (*indicar enfermedad médica*)
 780.54 tipo hipersomnia
 780.52 tipo insomnio
 780.59 tipo mixto
 780.59 tipo parasomnia
 780.59 relacionado con la respiración
 Sustancias, otras (o desconocidas)
 292.0 abstinencia de
 305.90 abuso de
 292.81 delirium inducido por
 292.82 demencia persistente inducida por
 304.90 dependencia de
 292.89 intoxicación por
 292.83 trastorno amnésico persistente inducido por
 292.89 trastorno de ansiedad inducido por
 292.84 trastorno del estado de ánimo inducido por
 292.89 trastorno del sueño inducido por
 trastorno psicótico inducido por
 292.12 con alucinaciones

- Sustancias, otras (o desconocidas), trastorno psicótico inducido por (*cont.*)
- 292.11 con ideas delirantes
- 292.9 trastorno relacionado con, no especificado
- 292.89 trastorno sexual inducido por
- 304.80 Sustancias, varias, dependencia de
- 307.0 Tartamudeo
- 333.1 Temblor postural inducido por medicamentos
- 307.46 Terrores nocturnos
- Tics, trastorno de
- 307.22 motores o vocales crónicos
- 307.20 no especificado
- 307.21 transitorios
- 307.23 Tourette, trastorno de la
- 312.39 Tricotilomanía
- 306.51 Vaginismo (no debido a enfermedad médica)
- 302.82 Voyeurismo

Apéndice I

Índice numérico de diagnósticos y códigos DSM-IV (CIE-9-MC)

- 0.43.1 Demencia debida a enfermedad por VIH (*Encefalopatía por VIH en el Eje III*)
- 290.0 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, no complicada
- 290.10 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano, no complicada
- 290.10 Demencia debida a enfermedad de Pick
- 290.10 Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- 290.11 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano, con delirium
- 290.12 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano, con ideas delirantes
- 290.13 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano, con estado de ánimo depresivo
- 290.20 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con ideas delirantes
- 290.21 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con estado de ánimo depresivo
- 290.3 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con delirium
- 290.40 Demencia vascular no complicada
- 290.41 Demencia vascular con delirium
- 290.42 Demencia vascular con ideas delirantes
- 290.43 Demencia vascular con estado de ánimo depresivo
- 291.0 Delirium por intoxicación por alcohol
- 291.0 Delirium por abstinencia de alcohol
- 291.1 Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
- 291.2 Demencia persistente inducida por alcohol
- 291.3 Trastorno psicótico inducido por alcohol con alucinaciones
- 291.5 Trastorno psicótico inducido por alcohol con ideas delirantes
- 291.8 Abstinencia de alcohol
- 291.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol
- 291.8 Trastorno de ansiedad inducido por alcohol
- 291.8 Trastorno sexual inducido por alcohol
- 291.8 Trastorno del sueño inducido por alcohol
- 291.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado
- 292.0 Abstinencia de amfetamina
- 292.0 Abstinencia de cocaína
- 292.0 Abstinencia de nicotina
- 292.0 Abstinencia de opiáceos
- 292.0 Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.0 Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas)
- 292.11 Trastorno psicótico inducido por alucinógenos con ideas delirantes
- 292.11 Trastorno psicótico inducido por amfetamina con ideas delirantes
- 292.11 Trastorno psicótico inducido por *Cannabis* con ideas delirantes

- 292.11 Trastorno psicótico inducido por cocaína con ideas delirantes
- 292.11 Trastorno psicótico inducido por fenciclidina con ideas delirantes
- 292.11 Trastorno psicótico inducido por inhalantes con ideas delirantes
- 292.11 Trastorno psicótico inducido por opiáceos con ideas delirantes
- 292.11 Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con ideas delirantes
- 292.11 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas) con ideas delirantes
- 292.12 Trastorno psicótico inducido por alucinógenos con alucinaciones
- 292.12 Trastorno psicótico inducido por amfetamina con alucinaciones
- 292.12 Trastorno psicótico inducido por *Cannabis* con alucinaciones
- 292.12 Trastorno psicótico inducido por cocaína con alucinaciones
- 292.12 Trastorno psicótico inducido por fenciclidina con alucinaciones
- 292.12 Trastorno psicótico inducido por inhalantes con alucinaciones
- 292.12 Trastorno psicótico inducido por opiáceos con alucinaciones
- 292.12 Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con alucinaciones
- 292.12 Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas) con alucinaciones
- 292.81 Delirium por intoxicación por alucinógenos
- 292.81 Delirium por intoxicación por amfetamina
- 292.81 Delirium por intoxicación por *Cannabis*
- 292.81 Delirium por intoxicación por cocaína
- 292.81 Delirium por intoxicación por fenciclidina
- 292.81 Delirium por intoxicación por inhalantes
- 292.81 Delirium por intoxicación por opiáceos
- 292.81 Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.81 Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.81 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- 292.82 Demencia persistente inducida por inhalantes
- 292.82 Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.82 Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas)
- 292.83 Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.83 Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por amfetamina
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.84 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- 292.89 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*)
- 292.89 Intoxicación por alucinógenos
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos
- 292.89 Intoxicación por amfetamina
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por amfetamina
- 292.89 Trastorno sexual inducido por amfetamina
- 292.89 Trastorno del sueño inducido por amfetamina
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por cafeína
- 292.89 Trastorno del sueño inducido por cafeína
- 292.89 Intoxicación por *Cannabis*
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por *Cannabis*
- 292.89 Intoxicación por cocaína
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína
- 292.89 Trastorno sexual inducido por cocaína

- 292.89 Trastorno del sueño inducido por cocaína
- 292.89 Intoxicación por fenciclidina
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina
- 292.89 Intoxicación por inhalantes
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes
- 292.89 Intoxicación por opiáceos
- 292.89 Trastorno sexual inducido por opiáceos
- 292.89 Trastorno del sueño inducido por opiáceos
- 292.89 Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.89 Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.89 Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 292.89 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas)
- 292.89 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- 292.89 Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- 292.89 Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas)
- 292.9 Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado
- 292.9 Trastorno relacionado con anfetamina no especificado
- 292.9 Trastorno relacionado con cafeína no especificado
- 292.9 Trastorno relacionado con *Cannabis* no especificado
- 292.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado
- 292.9 Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado
- 292.9 Trastorno relacionado con inhalantes no especificado
- 292.9 Trastorno relacionado con nicotina no especificado
- 292.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado
- 292.9 Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado
- 292.9 Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos y ansiolíticos no especificado
- 293.0 Delirium debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- .- Delirium por intoxicación por sustancias
- .- Delirium por abstinencia de sustancias
- .- Delirium debido a múltiples etiologías
- 293.81 Trastorno psicótico debido a... (*indicar enfermedad médica*) con ideas delirantes
- 293.82 Trastorno psicótico debido a... (*indicar enfermedad médica*) con alucinaciones
- 293.83 Trastorno del estado de ánimo debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 293.89 Trastorno catatónico debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 293.89 Trastorno de ansiedad debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 293.9 Trastorno mental no especificado debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 294.0 Trastorno amnésico debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 294.1 Demencia debida a traumatismo craneal
- 294.1 Demencia debida a enfermedad de Parkinson
- 294.1 Demencia debida a enfermedad de Huntington
- 294.1 Demencia debida a... (*indicar enfermedad médica*)
- .- Demencia debida a etiologías múltiples
- 294.8 Demencia no especificada
- 294.8 Trastorno amnésico no especificado
- 294.9 Demencia debida a enfermedad por VIH
- 294.9 Trastorno cognoscitivo no especificado
- 295.10 Esquizofrenia tipo desorganizado
- 295.20 Esquizofrenia tipo catatónico
- 295.30 Esquizofrenia tipo paranoide
- 295.40 Trastorno esquizofreniforme
- 295.60 Esquizofrenia tipo residual

- 295.70 Trastorno esquizoafectivo
- 295.90 Esquizofrenia tipo indiferenciado
- 296.00 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, no especificado
- 296.01 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, leve
- 296.02 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, moderado
- 296.03 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, grave sin síntomas psicóticos
- 296.04 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, grave con síntomas psicóticos
- 296.05 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, en remisión parcial
- 296.06 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, en remisión total
- 296.20 Trastorno depresivo mayor, episodio único, no especificado
- 296.21 Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve
- 296.22 Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado
- 296.23 Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos
- 296.24 Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave con síntomas psicóticos
- 296.25 Trastorno depresivo mayor, episodio único, en remisión parcial
- 296.26 Trastorno depresivo mayor, episodio único, en remisión total
- 296.30 Trastorno depresivo mayor, recidivante, no especificado
- 296.31 Trastorno depresivo mayor, recidivante, leve
- 296.32 Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado
- 296.33 Trastorno depresivo mayor, recidivante, grave sin síntomas psicóticos
- 296.34 Trastorno depresivo mayor, recidivante, grave con síntomas psicóticos
- 296.35 Trastorno depresivo mayor, recidivante, en remisión parcial
- 296.36 Trastorno depresivo mayor, recidivante, en remisión total
- 296.40 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco
- 296.40 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, no especificado
- 296.41 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, leve
- 296.42 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, moderado
- 296.43 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, grave sin síntomas psicóticos
- 296.44 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, grave con síntomas psicóticos
- 296.45 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, en remisión parcial
- 296.46 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, en remisión total
- 296.50 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, no especificado
- 296.51 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, leve
- 296.52 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, moderado
- 296.53 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, grave sin síntomas psicóticos
- 296.54 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, grave con síntomas psicóticos
- 296.55 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, en remisión parcial
- 296.56 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo, en remisión total
- 296.60 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto, no especificado
- 296.61 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto, leve
- 296.62 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto, moderado
- 296.63 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto, grave sin síntomas psicóticos
- 296.64 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto, grave con síntomas psicóticos
- 296.65 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto, en remisión parcial
- 296.66 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto, en remisión total
- 296.7 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado
- 296.80 Trastorno bipolar no especificado
- 296.89 Trastorno bipolar II
- 296.90 Trastorno del estado de ánimo no especificado
- 297.1 Trastorno delirante
- 297.3 Trastorno psicótico compartido (*folie à deux*)
- 298.8 Trastorno psicótico breve

- 298.9 Trastorno psicótico no especificado
- 299.00 Trastorno autista
- 299.10 Trastorno desintegrativo infantil
- 299.80 Trastorno de Rett
- 299.80 Trastorno de Asperger
- 299.80 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
- 300.00 Trastorno de ansiedad no especificado
- 300.01 Trastorno de angustia sin agorafobia
- 300.02 Trastorno de ansiedad generalizada
- 300.11 Trastorno de conversión
- 300.12 Amnesia disociativa
- 300.13 Fuga disociativa
- 300.14 Trastorno de identidad disociativo
- 300.15 Trastorno disociativo no especificado
- 300.16 Trastorno facticio con predominio de signos y síntomas psicológicos
- 300.19 Trastorno facticio con predominio de signos y síntomas somáticos
- 300.19 Trastorno facticio con combinación de signos y síntomas psicológicos y somáticos
- 300.19 Trastorno facticio no especificado
- 300.21 Trastorno de angustia con agorafobia
- 300.22 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- 300.23 Fobia social
- 300.29 Fobia específica
- 300.3 Trastorno obsesivo-compulsivo
- 300.4 Trastorno distímico
- 300.6 Trastorno de despersonalización
- 300.7 Hipocondría
- 300.7 Trastorno dismórfico corporal
- 300.81 Trastorno de somatización
- 300.81 Trastorno somatomorfo indiferenciado
- 300.81 Trastorno somatomorfo no especificado
- 300.9 Trastorno mental no especificado (no psicótico)
- 301.0 Trastorno paranoide de la personalidad
- 301.13 Trastorno ciclotímico
- 301.20 Trastorno esquizoide de la personalidad
- 301.22 Trastorno esquizotípico de la personalidad
- 301.4 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- 301.50 Trastorno histriónico de la personalidad
- 301.6 Trastorno de la personalidad por dependencia
- 301.7 Trastorno antisocial de la personalidad
- 301.81 Trastorno narcisista de la personalidad
- 301.82 Trastorno de la personalidad por evitación
- 301.83 Trastorno límite de la personalidad
- 301.9 Trastorno de la personalidad no especificado
- 302.2 Pedofilia
- 302.3 Fetichismo transvestista
- 302.4 Exhibicionismo
- 302.6 Trastorno de la identidad sexual en la niñez
- 302.6 Trastorno de la identidad sexual no especificado
- 302.70 Trastorno sexual no especificado
- 302.71 Deseo sexual hipoactivo
- 302.72 Trastorno de la excitación sexual en la mujer
- 302.72 Trastorno de la erección en el varón

- 302.73 Trastorno orgásmico femenino
- 302.74 Trastorno orgásmico masculino
- 302.75 Eyaculación precoz
- 302.76 Dispareunia (no debida a enfermedad médica)
- 302.79 Trastorno por aversión al sexo
- 302.81 Fetichismo
- 302.82 Voyeurismo
- 302.83 Masoquismo sexual
- 302.84 Sadismo sexual
- 302.85 Trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la vida adulta
- 302.89 Frotteurismo
- 302.9 Parafilia no especificada
- 302.9 Trastorno sexual no especificado
- 303.00 Intoxicación por alcohol
- 303.90 Dependencia del alcohol
- 304.00 Dependencia de opiáceos
- 304.10 Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 304.20 Dependencia de cocaína
- 304.30 Dependencia de *Cannabis*
- 304.40 Dependencia de anfetamina
- 304.50 Dependencia de alucinógenos
- 304.60 Dependencia de inhalantes
- 304.80 Dependencia de varias sustancias
- 304.90 Dependencia de fenciclidina
- 304.90 Dependencia de otras sustancias (o desconocidas)
- 305.00 Abuso de alcohol
- 305.10 Dependencia de nicotina
- 305.20 Abuso de *Cannabis*
- 305.30 Abuso de alucinógenos
- 305.40 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- 305.50 Abuso de opiáceos
- 305.60 Abuso de cocaína
- 305.70 Abuso de anfetamina
- 305.90 Intoxicación por cafeína
- 305.90 Abuso de fenciclidina
- 305.90 Abuso de inhalantes
- 305.90 Abuso de otras sustancias (o desconocidas)
- 306.51 Vaginismo (no debido a enfermedad médica)
- 307.0 Tartamudeo
- 307.1 Anorexia nerviosa
- 307.20 Trastorno de tics no especificado
- 307.21 Trastorno de tics transitorios
- 307.22 Trastorno de tics motores o vocales crónicos
- 307.23 Trastorno de la Tourette
- 307.3 Trastorno de movimientos estereotipados
- 307.42 Insomnio primario
- 307.42 Insomnio relacionado con... (*indicar trastorno del Eje I o del Eje II*)
- 307.44 Hipersomnia primaria
- 307.44 Hipersomnia relacionada con... (*indicar trastorno del Eje I o del Eje II*)
- 307.45 Trastorno del ritmo circadiano
- 307.46 Terrores nocturnos
- 307.46 Sonambulismo

- 307.47 Disomnia no especificada
 307.47 Pesadillas
 307.47 Parasomnia no especificada
 307.50 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
 307.51 Bulimia nerviosa
 307.52 Pica
 307.53 Trastorno de rumiación
 307.59 Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez
 307.6 Enuresis (no debida a una enfermedad médica)
 307.7 Encopresis sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
 307.80 Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos
 307.89 Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica
 307.9 Trastorno de la comunicación no especificado
 308.3 Trastorno por estrés agudo
 309.0 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
 309.21 Trastorno de ansiedad por separación
 309.24 Trastorno adaptativo con ansiedad
 309.28 Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
 309.3 Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento
 309.4 Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
 309.81 Trastorno por estrés postraumático
 309.9 Trastorno adaptativo no especificado
 310.1 Cambio de personalidad debido a... (*indicar enfermedad médica*)
 311 Trastorno depresivo no especificado
 312.30 Trastorno del control de los impulsos no especificado
 312.31 Juego patológico
 312.32 Cleptomanía
 312.33 Piromanía
 312.34 Trastorno explosivo intermitente
 312.39 Tricotilomanía
 312.8 Trastorno disocial
 312.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado
 313.23 Mutismo selectivo
 313.81 Trastorno negativista desafiante
 313.82 Problema de identidad
 313.89 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez
 313.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado
 314.00 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención
 314.01 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado
 314.01 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
 314.9 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado
 315.00 Trastorno de la lectura
 315.1 Trastorno del cálculo
 315.2 Trastorno de la expresión escrita
 315.31 Trastorno del lenguaje expresivo
 315.31 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
 315.39 Trastorno fonológico
 315.4 Trastorno del desarrollo de la coordinación
 315.9 Trastorno del aprendizaje no especificado
 316 ... (*Especificar factor psicológico*) que afecta a... (*indicar enfermedad médica*)

- 317 Retraso mental leve
- 318.0 Retraso mental moderado
- 318.1 Retraso mental grave
- 318.2 Retraso mental profundo
- 319 Retraso mental, de gravedad no especificada
- 331.0 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano (*Enfermedad de Alzheimer en el Eje III*)
- 331.1 Demencia debida a enfermedad de Pick (*Enfermedad de Pick en el Eje III*)
- 332.0 Demencia debida a enfermedad de Parkinson (*Enfermedad de Parkinson en el Eje III*)
- 332.1 Parkinsonismo inducido por neurolépticos
- 333.1 Temblor postural inducido por medicamentos
- 333.4 Demencia debida a enfermedad de Huntington (*Enfermedad de Huntington en el Eje III*)
- 333.7 Distonía aguda inducida por neurolépticos
- 333.82 Discinesia tardía inducida por neurolépticos
- 333.90 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado
- 333.92 Síndrome neuroléptico maligno
- 333.99 Acatisia aguda inducida por neurolépticos
- 347 Narcolepsia
- 607.84 Trastorno de la erección en el varón debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 608.89 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 608.89 Dispareunia masculina debida a... (*indicar enfermedad médica*)
- 608.89 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a... (*indicar enfermedad médica*)
- 625.0 Dispareunia femenina debida a... (*indicar enfermedad médica*)
- 625.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a... (*indicar enfermedad médica*)
- 625.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a... (*indicar enfermedad médica*)
- 780.09 Delirium no especificado
- 780.52 Trastorno del sueño debido a... (*indicar enfermedad médica*) tipo insomnio
- 780.54 Trastorno del sueño debido a... (*indicar enfermedad médica*) tipo hipersomnia
- 780.59 Trastorno del sueño relacionado con la respiración
- 780.59 Trastorno del sueño debido a... (*indicar enfermedad médica*) tipo parasomnia
- 780.59 Trastorno del sueño debido a... (*indicar enfermedad médica*) tipo mixto
- 780.9 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad
- .- Encopresis
- 787.6 Encopresis con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento
- 799.9 Diagnóstico o estado aplazado en el Eje I
- 799.9 Diagnóstico aplazado en el Eje II
- 854.00 Demencia debida a traumatismo craneal (*Lesión cerebral en el Eje III*)
- 995.2 Efectos adversos de los medicamentos no especificados
- 995.5 Abuso físico del niño (*si el objeto de atención es la víctima*)
- 995.5 Abuso sexual del niño (*si el objeto de atención es la víctima*)
- 995.5 Negligencia de la infancia (*si el objeto de atención es la víctima*)
- 995.81 Abuso físico del adulto (*si el objeto de atención es la víctima*)
- 995.81 Abuso sexual del adulto (*si el objeto de atención es la víctima*)
- V15.81 Incumplimiento terapéutico
- V61.1 Problemas conyugales
- V61.1 Abuso físico del adulto
- V61.1 Abuso sexual del adulto
- V61.20 Problemas paterno-filiales
- V61.21 Abuso físico del niño
- V61.21 Abuso sexual del niño
- V61.21 Negligencia de la infancia
- V61.8 Problema de relación entre hermanos
- V61.9 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica

- V62.2 Problema laboral
- V62.3 Problema académico
- V62.4 Problema de aculturación
- V62.81 Problema de relación no especificado
- V62.82 Duelo
- V62.89 Capacidad intelectual límite
- V62.89 Problema religioso o espiritual
- V62.89 Problema biográfico
- V65.2 Simulación
- V71.01 Comportamiento antisocial del adulto
- V71.02 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia
- V71.09 Sin diagnóstico o estado en el Eje I
- V71.09 Sin diagnóstico en el Eje II

Apéndice J

Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura

Este apéndice se divide en dos secciones. La primera sección proporciona una guía para la formulación cultural, diseñada para ayudar al clínico en la evaluación y comunicación sistemáticas del impacto del contexto cultural del individuo. La segunda es un glosario de los síndromes dependientes de la cultura.

Guía para la formulación cultural

La siguiente guía está destinada a mejorar la evaluación diagnóstica multiaxial y a allanar las dificultades que puedan haber para aplicar los criterios DSM-IV en entornos multiculturales. La formulación cultural permite una revisión sistemática del conocimiento cultural del individuo, el papel del contexto cultural en la expresión y evaluación de los síntomas y disfunciones, y el efecto que las diferencias culturales puedan tener en la relación entre el individuo y el clínico.

Como se indica en la introducción al manual (v. pág. XXIII), es importante que el clínico tenga en cuenta el contexto étnico y cultural del individuo en la evaluación de cada Eje DSM-IV. Además, la formulación cultural que se sugiere a continuación permite describir sistemáticamente el grupo cultural y social de referencia y las formas en que el contexto cultural es relevante para la asistencia clínica. El clínico puede aportar un resumen de cada una de las siguientes categorías.

Identidad cultural del individuo. Anotar la pertenencia del individuo al grupo étnico o cultural de referencia. Para los inmigrantes y las minorías étnicas, anotar por separado el grado de implicación con la cultura de origen y con la cultura de la que se es huésped (cuando sea aplicable). También deben anotarse las habilidades, uso y preferencia lingüísticos (incluido el plurilingüismo).

Explicaciones culturales de la enfermedad individual. Se pueden identificar los idiomas predominantes en los que se comunica el malestar o la necesidad de apoyo social (p. ej., «nervios», posesión de espíritus, quejas somáticas, mala suerte inexplicable), el significado y percepción de la gravedad de los síntomas del individuo en relación a las normas del grupo cultural de referencia, cualquier categoría local de la enfermedad utilizada por la familia y la comunidad del individuo para identificar la alteración (v. «Glosario de los síndromes dependientes de la cultura»

a continuación), las causas percibidas o los modelos explicativos que el individuo o el grupo de referencia utilizan para explicar la enfermedad, y las experiencias presentes y pasadas con los servicios profesionales o populares de asistencia sanitaria.

Factores culturales relacionados con el entorno psicosocial y niveles de actividad. Anotar las interpretaciones culturalmente relevantes del estrés social, los apoyos sociales disponibles y los niveles de actividad y discapacidad. Se incluye el estrés en el entorno social local y el papel de la religión y de las relaciones familiares más próximas en el apoyo emocional, instrumental e informativo.

Elementos culturales de la relación entre individuo y clínico. Indicar diferencias en el *status* cultural y social entre el individuo y el clínico, y los problemas que estas diferencias pueden causar en el diagnóstico y tratamiento (p. ej., dificultades para comunicarse en el idioma del paciente, en entender la causa de los síntomas o comprender su significado cultural, en establecer una relación apropiada o el nivel de intimidad, y en determinar si un comportamiento es normativo o patológico).

Evaluación cultural global para el diagnóstico y la asistencia. La formulación concluye con una discusión sobre cómo las consideraciones culturales influyen específicamente en la comprensión diagnóstica y la asistencia.

Glosario de síndromes dependientes de la cultura

El término *síndrome dependiente de la cultura* denota patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar relacionadas o no estarlo con una categoría diagnóstica del DSM-IV. Algunos de estos patrones son considerados por los nativos como «enfermedades» o por lo menos como causas de sufrimiento, y la mayoría se conocen por nombres locales. Aunque los cuadros clínicos que conforman las principales categorías DSM-IV pueden encontrarse en todo el mundo, los síntomas particulares, el curso, y la respuesta social están frecuentemente influidos por factores culturales locales. En cambio, los síndromes dependientes de la cultura generalmente se limitan a sociedades específicas o a áreas culturales y son categorías diagnósticas populares localizadas, que otorgan un significado coherente a ciertos conjuntos de experiencias y observaciones.

Resulta poco frecuente la equivalencia entre alguno de los síndromes dependientes de la cultura y las entidades diagnósticas del DSM. El comportamiento aberrante que podría ser clasificado por un clínico en diferentes categorías del DSM-IV puede ser incluido en una única categoría popular, y los cuadros que podrían considerarse como pertenecientes a una única categoría DSM-IV pueden ser clasificados en varios por un clínico nativo. Además, algunos estados y trastornos conceptualizados como síndromes dependientes de la cultura se consideran específicos de la cultura industrializada (p. ej., anorexia nerviosa, trastorno de identidad disociativo), dadas su aparente rareza o ausencia en otras culturas. También hay que señalar que todas las sociedades industrializadas contienen subculturas distintas y un amplio y diverso grupo de inmigrantes que pueden presentar síndromes dependientes de la cultura.

Este glosario presenta algunos de los síndromes dependientes de la cultura mejor estudiados y los términos idiomáticos que pueden escucharse en la práctica clínica de Norte América, e incluye categorías DSM-IV relevantes cuando los datos sugieran que deben considerarse en la formulación diagnóstica.

Agotamiento cerebral. Término usado inicialmente en el oeste de África para referirse a un estado experimentado por los estudiantes en respuesta a los desafíos planteados por la escuela o

la universidad. Los síntomas incluyen dificultades de concentración, de memoria y de pensamiento. Los estudiantes comentan a menudo que sus cerebros están «fatigados». Los síntomas somáticos acompañantes se centran habitualmente alrededor de la cabeza, cuello y nuca, e incluyen algias, tensión o flojedad, visión borrosa, calor, o sofoco. El «cansancio cerebral» o la fatiga derivada de «pensar demasiado» se usa como término de queja en bastantes culturas, y los síndromes resultantes pueden parecerse a los trastornos de ansiedad, depresivos y somatomorfos.

Amok. Episodio disociativo caracterizado por un período de depresión seguido de una manifestación de comportamiento violento, agresivo u homicida, dirigido a personas y objetos. El episodio se desencadena por la percepción de una falta de respeto o de un insulto y parece ser prevalente entre los varones. El episodio se acompaña frecuentemente de ideas paranoides, automatismo, amnesia, agotamiento y retorno al estado premórbido tras el episodio. En algunas ocasiones, el amok puede aparecer durante la presentación de un episodio psicótico breve o constituir el comienzo o una exacerbación de un proceso psicótico crónico. Los informes originales que utilizaban este término eran de Malasia. Un patrón de comportamiento similar se encuentra en Laos, Filipinas, Polinesia (*cafard o cathard*), Papúa-Nueva Guinea y Puerto Rico (*mal de pelea*), y entre la población navaja (*iich'aa*).

Ataque de nervios. Una expresión de malestar utilizada entre los latinos del Caribe, pero reconocible entre los grupos latinoamericanos y latinomediterráneos. Los síntomas más frecuentes incluyen gritos y llanto incontrolables, temblor, sofocación y agresión verbal o física. Las experiencias disociativas, los episodios pseudocomiciales o de pérdida de conciencia, y los gestos suicidas están presentes en algunos ataques, pero faltan en otros. La característica general de un ataque de nervios es el sentimiento de estar fuera de control. Los ataques de nervios aparecen frecuentemente como resultado directo de un estrés relacionado con la familia (p. ej., noticia de la muerte de un pariente cercano, separación o divorcio de la esposa, conflictos con la esposa o los niños, o presenciar un accidente en el que está implicado un miembro de la familia). Las personas pueden experimentar amnesia para lo que ocurre durante el ataque de nervios, pero volver rápidamente a su estado habitual. Aunque las descripciones de algunos ataques de nervios encajan en la descripción de las crisis de angustia DSM-IV, se distinguen de ellas por la asociación a un acontecimiento precipitante y la ausencia frecuente de la mayoría de los síntomas de miedo agudo o aprensión, propios del trastorno por crisis de angustia. Los ataques pueden oscilar entre la amplificación de las expresiones normales de malestar no asociado a un trastorno mental y la presentación de síntomas relacionados con los trastornos por ansiedad, del estado de ánimo, disociativos o somatomorfos.

Atracción. Estado de trance en el que los individuos se «comunican» con parientes ya fallecidos o con espíritus. A veces, este estado se asocia con períodos breves de cambio de personalidad. Este síndrome dependiente de la cultura se observa en afroamericanos y euroamericanos del sur de Estados Unidos. La atracción no es considerada un cuadro clínico en la tradición popular, pero puede ser erróneamente etiquetada como episodio psicótico en el contexto clínico.

Bilis y cólera (también citados como *muina*). La causa de estos síndromes está relacionada con la experiencia de cólera o rabia. La cólera es contemplada entre algunos grupos de latinos como una emoción particularmente poderosa que posee efectos directos sobre el organismo y puede acentuar síntomas ya existentes. El efecto mayor de la cólera es una alteración en la homeostasis central del organismo (entendida como equilibrio entre las valencias calor y frío, y entre los aspectos material y espiritual del organismo). Los síntomas incluyen tensión nerviosa aguda, cefalea, temblor, alteraciones gástricas y, en los casos más graves, pérdida de conciencia. La fatiga crónica puede ser la consecuencia de un episodio agudo.

Boufée delirante. Se trata de un síndrome observado en el oeste de África y en Haití. Este término de origen francés se refiere a la aparición súbita de un comportamiento agitado y agresivo, confusión acusada y excitación psicomotriz. Puede acompañarse en algunas ocasiones de alucinaciones visuales y auditivas o ideación paranoide. Estos episodios pueden parecerse a una psicosis reactiva breve.

Dhat. Término diagnóstico popular utilizado en la India para referirse a aspectos graves de la ansiedad y la hipocondría relacionados con eyaculación, pigmentación blanca de la orina y sensaciones de debilidad y agotamiento. Términos similares *jiryán* (India), *sukra prameba* (Sri Lanka) y *shen-k'uei* (China).

Enfermedad de los espíritus. Se trata de una preocupación por la muerte o los muertos (algunas veces asociada al uso de magia), observada frecuentemente entre los miembros de algunas tribus indias americanas. Varios síntomas pueden ser atribuidos a la enfermedad de los espíritus: pesadillas, debilidad, sensación de peligro, falta de apetito, desmayos, mareos, miedo, ansiedad, alucinaciones, pérdida de conciencia, confusión, sentimientos de futilidad y sofocación.

Fallo o desconexión temporal. Estos episodios se dan principalmente entre grupos caribeños y del sur de Estados Unidos. Se caracterizan por un colapso súbito, que muchas veces aparece sin previo aviso y a veces va precedido de sensaciones de inestabilidad o «mareo». La persona está con los ojos abiertos, pero no puede ver, y puede oír y comprender lo que está ocurriendo a su alrededor, pero no puede moverse. Este cuadro clínico podría corresponderse con el diagnóstico de trastorno de conversión o trastorno disociativo.

Hwa-byung (también conocido como **wool-hwa-byung**). Síndrome popular coreano traducido literalmente como «síndrome colérico» y atribuido a la inhibición de la cólera. Los síntomas incluyen insomnio, fatiga, crisis de angustia, miedo a la muerte, disforia, indigestión, anorexia, disnea, palpitaciones, algias generalizadas y sensación de masa en el epigastrio.

Koro. Término de origen malasio, que se refiere a un episodio súbito e intenso de ansiedad, por el hecho de que el pene (o la vulva y las mamas, en la mujer) penetra dentro del organismo y puede causar la muerte. El síndrome ha sido recogido en el sudoeste de Asia, donde es conocido por distintos términos locales, como *shuck yang*, *shook yong* y *suo yang* (chino); *jinjinia bemar* (Assam), o *rok-joo* (Tailandia). Puede encontrarse ocasionalmente en el oeste. El koro a veces se presenta de forma epidémica en áreas del este de Asia. Este diagnóstico se incluye en la *Clasificación china de trastornos mentales*, segunda edición (CCMD-2).

Latah. Hipersensibilidad al terror súbito, que se acompaña de ecopraxia, ecolalia, obediencia a la autoridad y comportamiento disociativo o anormal. El término *latah* es de origen malasio o indonesio, pero el síndrome ha sido observado en diversas partes del mundo. Otros términos que lo describen son *amurakh*, *irkunii*, *ikota*, *olan*, *myriachit* y *menkeiti* (grupos siberianos); *bah tshi*, *bah-tsi*, *baab-ji* (Tailandia); *imu* (Ainu, Sakhalin, Japón), y *mali-mali* y *silok* (Filipinas). En Malasia es más frecuente en mujeres de mediana edad.

Locura. Término utilizado por los latinos en Estados Unidos y Latinoamérica para referirse a formas graves de psicosis crónicas. Este trastorno es atribuido a una vulnerabilidad hereditaria, al efecto de múltiples dificultades en la vida o a la combinación de ambos factores. Los síntomas presentes en las personas con locura son incoherencia, agitación, alucinaciones auditivas y visuales, dificultad para seguir las reglas de la interacción social, impredecibilidad y posible violencia.

Mal de ojo. Concepto ampliamente extendido en las culturas mediterráneas y también en el mundo. El *mal de ojo* es una frase española traducida al inglés como *evil eye*. Los niños son una población en riesgo. Los síntomas incluyen insomnio transitorio, gritos sin causa aparente, diarrea, vómito y fiebre en la infancia o la niñez. Algunas veces los adultos (especialmente mujeres) sufren este trastorno.

Nervios. Término que refleja malestar entre los grupos latinos de Estados Unidos y Latinoamérica. Otros grupos étnicos poseen términos similares que reflejan la idea de «nervios» (como *nevra* entre los griegos de Norteamérica). Los nervios se refieren tanto a un estado de vulnerabilidad frente a experiencias de estrés cotidiano como a un síndrome producido por circunstancias difíciles en la vida. El término *nervios* incluye una amplia variedad de síntomas de malestar emocional, alteración somática e incapacidad para la actividad. Los síntomas más frecuentes son cefaleas y «dolor cerebral», irritabilidad, alteraciones gástricas, trastornos del sueño, nerviosismo, llanto fácil, dificultad para concentrarse, temblor, sensación de escalofríos y prurito, y *mareos* (inestabilidad con exacerbaciones ocasionales similares al vértigo). Los nervios tienden a ser un problema continuo, aunque variable en el grado de incapacidad que provoca. Los nervios es un síndrome muy amplio, que va desde casos sin trastorno mental hasta cuadros que se parecen a los trastornos adaptativos, de ansiedad, depresivos, disociativos, somatomorfos o psicóticos. El diagnóstico diferencial dependerá de la constelación de síntomas, del tipo de acontecimientos sociales que van asociados a su inicio y evolución, y del grado de incapacidad.

Pibloktoq. Se trata de un episodio brusco y disociativo que se acompaña de una extrema excitación de más de 30 min de duración y frecuentemente de crisis convulsivas y coma que dura más de 12 horas. Este cuadro se observa principalmente en las comunidades esquimales del ártico y subártico, aunque también hay variaciones regionales con este nombre. El individuo puede estar retraído o ligeramente irritable por un período de horas o días antes de la crisis y presentará una amnesia completa de ella. Durante la crisis, el individuo puede rasgar sus ropas, romper muebles, gritar obscenidades, defecarse, escapar de su refugio o efectuar otros actos irracionales o peligrosos.

Reacción psicótica de qi-gong. Término que describe un episodio agudo limitado en el tiempo, caracterizado por síntomas disociativos, paranoides u otros síntomas psicóticos o no psicóticos, que pueden aparecer tras la participación en una práctica popular china de qi-jong para la mejora de la salud («ejercicio para estimular la energía vital»). Son especialmente vulnerables los individuos que practican esta técnica en grado excesivo. Este diagnóstico está incluido en la *Clasificación china de trastornos mentales*, segunda edición (CCMD-2).

Rituales mágicos (rootwark). Conjunto de interpretaciones culturales que relacionan la enfermedad con el uso de la magia o la influencia del diablo sobre otra persona. Los síntomas pueden incluir ansiedad generalizada y síntomas gastrointestinales (p. ej., náusea, vómito y diarrea), debilidad, inestabilidad y miedo a ser envenenado y, en ocasiones, a ser asesinado («muerte por *voodoo*»). Se pueden «poner» «raíces», «objetos mágicos», «palabras mágicas» o «conjuros» sobre otras personas, causándoles diferentes problemas emocionales y psicológicos. La persona «conjurada» puede tener miedo a morir hasta que el «objeto mágico» haya sido «retirado» (eliminado), normalmente a través del trabajo de un «chaman» (un curandero en esta tradición), al que puede llamarse para exorcizar a un enemigo. Los «rituales mágicos» se encuentran en el sur de Estados Unidos entre las poblaciones afroamericanas y euroamericanas y entre las sociedades caribeñas. También son conocidos como *el mal puesto* o *la brujería* en las sociedades latinas.

Sangre dormido («sangre dormida»). Este síndrome se observa en la población portuguesa de las islas de Cabo Verde (y en los inmigrantes de esta isla a Estados Unidos) e incluye dolor,

entumecimiento, temblor, parálisis, convulsiones, accidentes vasculares, ceguera, infarto de miocardio, infecciones y pérdida del juicio crítico.

Shenjing shuairuo («neurastenia»). Se observa en China. Se trata de un estado caracterizado por fatiga física y mental, inestabilidad, cefaleas, otras algias, dificultades de concentración, trastornos del sueño y pérdidas de memoria. Otros síntomas pueden ser problemas gastrointestinales, disfunción sexual, irritabilidad, excitabilidad y diversos signos sugerentes de una alteración del sistema nervioso vegetativo. En algunos casos, los síntomas cumplen los criterios de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno de ansiedad del DSM-IV. Este diagnóstico está incluido en la *Clasificación china de trastornos mentales*, segunda edición (CCMD-2).

Shen-k'uei (Taiwan); **shenkui** (China). Se trata de una calificación popular china que describe síntomas de ansiedad o crisis de angustia, que se acompañan de quejas somáticas para las que no existe una causa física demostrable. Los síntomas incluyen inestabilidad, lumbalgia, fatiga, debilidad general, insomnio, pesadillas frecuentes y quejas de disfunción sexual (como eyacuación precoz o impotencia). Los síntomas son atribuidos a una excesiva pérdida de semen, a consecuencia de relaciones sexuales frecuentes, masturbación, poluciones nocturnas y emisión de «orina blanca y turbia», que da la impresión de contener semen. La excesiva pérdida de semen es causa de alarma en la creencia de que representa la pérdida de una esencia vital y puede representar una amenaza para la vida.

Shin-byung. Categoría popular coreana con que se conoce un síndrome que se inicia con ansiedad y quejas somáticas (debilidad general, inestabilidad, miedo, anorexia, insomnio, problemas gastrointestinales), con disociación subsiguiente y posesión por espíritus ancestrales.

Susto («miedo súbito» o «pérdida del alma»). Enfermedad popular prevalente entre algunos latinos de Estados Unidos y entre la población mexicana, de América Central y Sudamérica. El susto se conoce también como *espanto*, *pasmo*, *tripa ida*, *pérdida del alma* o *chibib*. El susto es una enfermedad atribuida a un acontecimiento que provoca miedo súbito y causa la salida del alma, dando lugar a sufrimiento y enfermedad. Los individuos que sufren sustos experimentan también dificultades significativas en el contexto social. Los síntomas pueden aparecer tras semanas o años de experimentar el miedo súbito. Se cree que, en casos extremos, el susto puede provocar la muerte. Los síntomas típicos incluyen trastornos del apetito, sueño inadecuado o excesivo, sueño intranquilo o pesadillas, disforia, falta de motivación para cualquier actividad, y baja autoestima o valoración negativa. Los síntomas somáticos que acompañan el susto incluyen mialgias, cefaleas, gastralgias y diarrea. Los rituales de salud se orientan en el sentido de recuperar el alma para que vuelva al cuerpo y limpiar a la persona para que restaure el equilibrio corporal y espiritual. Las diferentes experiencias de susto pueden estar relacionadas con un trastorno depresivo mayor, trastorno por estrés postraumático y trastorno somatomorfo. Creencias etiológicas y configuraciones de síntomas similares pueden encontrarse en diversas partes del mundo.

Taijin kyofusho. Fobia diferenciada culturalmente que se observa en Japón y en algunos aspectos se parece a la fobia social del DSM-IV. Este síndrome se refiere a un miedo intenso del individuo a que su cuerpo, sus partes o funciones ofendan, molesten o sean desagradables a otras personas, por el aspecto, el olor, las expresiones faciales o los movimientos. Este síndrome se incluye en el sistema diagnóstico oficial japonés de trastornos mentales.

Zar. Término general aplicado en Etiopía, Somalia, Egipto, Sudán, Irán y otras sociedades norte y medioeste africanas para denominar la experiencia de que los espíritus poseen a un indi-

viduo. Las personas poseídas por un espíritu pueden experimentar episodios disociativos que incluyen gritos y susurros, estereotipias, golpes de la cabeza contra la pared, cantar o llorar. Los individuos pueden mostrar apatía y aislamiento, rechazar la comida y las actividades cotidianas o desarrollar una relación duradera con el espíritu que los posee. Este comportamiento no es considerado localmente patológico.

Apéndice K

Colaboradores del DSM-IV

Como se espera que el DSM-IV sea utilizado por grupos diferentes de profesionales de la salud mental en distintos lugares, la Comisión Gestora del DSM-IV y los grupos de trabajo solicitaron y estimularon la participación de una amplia gama de profesionales para trabajar como consultores de esta comisión y de los grupos individuales de trabajo. Los consultores incluyeron a personas de otras asociaciones de la salud, clínicos, investigadores, especialistas forenses, expertos en aspectos relacionados con el sexo, la edad y la cultura, y expertos internacionales. Los grupos asesores señalaban cuestiones pertinentes con respecto a cada diagnóstico, desarrollaban y criticaban revisiones de la literatura, textos y criterios, y participaban en ensayos de campo y en proyectos de reanálisis de datos. La Comisión Gestora del DSM-IV y los miembros de los grupos de trabajo quieren hacer patente su aprecio y su más sincero reconocimiento a las personas y organizaciones que han contribuido generosamente con su tiempo y experiencia.

Consultores de los Grupos de Trabajo

Consultores para los trastornos de ansiedad

W. Stewart Agras, M.D.
Hagop Akiskal, M.D.
Lauren Bersh Alloy, M.D.
James Barbie, M.D.
Aaron T. Beck, M.D.
Jean Beckham, Ph.D.
Deborah C. Beidel, Ph.D.
Istvan Bitter, M.D.
Arthur S. Blank, Jr., M.D.
Thomas D. Borkovec, Ph.D.
Loretta E. Braxton, Ph.D.
Naomi Breslau, Ph.D.
Elizabeth Brett, Ph.D.
Evelyn Bromet, Ph.D.
Timothy A. Brown, Psy.D.
Allan Burstein, M.D.
David M. Clark, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.

Deborah S. Cowley, M. D.
Michelle G. Craske, Ph.D.
Raymond R. Crowe, M.D.
George C. Curtis, M.D.
Yael Danieli, Ph.D.
Joseph A. Deltito, M.D.
Peter A. DiNardo, Ph.D.
Keith Stephen Dobson, Ph.D.
Spencer Eth, M.D.
John Fairbank, Ph.D.
Brian Fallon, M.D.
Charles Figley, Ph.D.
Stephen M. Ford, M.D.
Ellen Frank, Ph.D.
Mathew Friedman, M.D.
Kishore Gadde, M.D.
Ronald Ganellen, Ph.D.
Michael Gelder, M.D.
Earl Giller, M.D.
Wayne Goodman, M.D.

Tana Grady, M.D.
Bonnie Green, Ph.D.
Peter J. Guarnaccia, Ph.D.
Richard Heimberg, Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
Judith Herman, M.D.
Rudolf Hoehn-Saric, M.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Eric Hollander, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.
Tom Insel, M.D.
Michael Jenike, M.D.
Wayne Katon, M.D.
Heinz Katschnig, M.D.
Terrance Keane, Ph.D.
Dean Kilpatrick, Ph.D.
Laurence Kirmayer, M.D.
Donald F. Klein, M.D.
Stuart Kleinman, M.D.
Gerald L. Klerman, M.D. (fallecido)
Lawrence Kolb, M.D.
Michael J. Kozak, Ph.D.
Cynthia Last, Ph.D.
Bernard Lerer, M.D.
Andrew Levin, M.D.
R. Bruce Lydiard, M.D., Ph.D.
Salvatore Mannuzza, Ph.D.
John S. March, M.D.
Andrew Mathews, Ph.D.
Matig Mavissakalian, M.D.
Alexander McFarlane, M.B., B.S. (Hons), M.D.
Richard McNally, M.D.
Charles A. Meyer, Jr., M.D.
Karla Moras, Ph.D.
Dennis Munjack, M.D.
Lars Goran Öst, Ph.D.
Howard Parad, D.S.W.
Kok Lee Peng, M.D.
Roger Pitman, M.D.
Robert Pynoos, M.D.
Ronald M. Rapee, Ph.D.
Beverley Raphael, M.D.
Steven Rasmussen, M.D.
James Reich, M.D., M.P.H.
Patricia Resnick, Ph.D.
Jeffrey C. Richards, Ph.D.
Karl Rickels, M.D.
John H. Riskind, Ph.D.
Sir Martin Roth, M.D.
Barbara Rothbaum, Ph.D.

Peter Roy-Byrne, M.D.
Philip Saigh, Ph.D.
Paul Salkovskis, Ph.D.
William C. Sanderson, Ph.D.
Franklin Schneier, M.D.
Javaid Sheikh, M.D.
Zahava Soloman, M.D.
Susan Solomon, Ph.D.
Larry H. Strasburger, M.D., Ph.D.
Suzanne Sutherland, M.D.
Richard Swinson, M.D.
Lenore Terr, M.D.
Peter Trower, Ph.D.
Samuel M. Turner, Ph.D.
Thomas Uhde, M.D.
David Watson, Ph.D.
Hans Ulrich Wittchen, Ph.D.
Patti Zetlin, M.S.W.
Richard Zinbarg, Ph.D.
Joseph Zohar, M.D.

**Consultores para el delirium, demencia,
trastornos amnésicos y otros trastornos
cognoscitivos**

Frank Benson, M.D.
John Breitner, M.D.
Steve Buckingham, D.S.W.
Nelson Butters, Ph.D.
Steven Cohen-Cole, M.D.
Jeffrey Lee Cummings, M.D.
Horacio Fabrega, Jr., M.D.
Barry Fogel, M.D.
Robert P. Granacher, M.D., Ph.D.
Robert C. Green, M.D.
Robert Heaton, M.D.
Steve Ken Hoge, M.D.
K. Ranga Rama Krishnan, M.D.
Keh-Ming Lin, M.D.
Zbigniew Lipowski, M.D.
Alwyn Lishman, M.D.
Richard Mayeux, M.D.
Marsel Mesulam, M.D.
Vernon Nepe, M.D.
Barry Reisberg, M.D.
Sir Martin Roth, M.D.
David Rubinow, M.D.
Randy Schiffer, M.D.
Michael Taylor, M.D.
Linda Teri, Ph.D.
Allan Yozawitz, M.D.

Stuart C. Yudofsky, M.D.
Michael Zaudig, M.D.

Consultores para los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

Marc Amaya, M.D.
Lisa Amaya-Jackson, M.D.
Adrian Angold, M.B., B.S., M.R.C.Psych.
William Arroyo, M.D.
Robert F. Asarnow, Ph.D.
George Bailey, M.D.
Joseph Biederman, M.D.
Ray Blanchard, Ph.D.
Lewis M. Bloomingdale, M.D.
John Bradford, M.D.
Joel Bregman, M.D.
Glorissa Canino, Ph.D.
Ian Alberto Canino, M.D.
Iris Chagwedera, Ph.D.
Dante Cicchetti, Ph.D.
Susan Coates, Ph.D.
Patricia Cohen, Ph.D.
C. Keith Connors, Ph.D.
Jane Costello, M.D.
Charles Davenport, M.D.
Robert DeLong, M.D.
Martha Denckla, M.D.
Park Elliott Dietz, M.D., Ph.D.
Craig Donnelly, M.D.
Felton Earls, M.D.
L. Erlenmeyer-Kimling, Ph.D.
Jack Fletcher, Ph.D.
Steven Forness, Ed.D.
Richard Green, M.D., J.D.
Laurence Greenhill, M.D.
Stanley Greenspan, M.D.
Richard L. Gross, M.D.
Robert Harmon, M.D.
Lily Hechtman, M.D.
Margaret Hertzog, M.D.
James J. Hudziak, M.D.
Peter Jensen, M.D.
Gloria Johnson-Powell, M.D.
Robert King, M.D.
Mindy Krotick, M.A.
Cynthia Last, Ph.D.
James Leckman, M.D.
James Lee, M.D.
Stephen Levine, M.D.
John Lochman, M.D.

Catherine Lord, Ph.D.
John S. March, M.D.
James McKinney, Ph.D.
Jon Meyer, M.D.
Heino F. L. Meyer-Bahlburg, Dr., rer., nat.
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Klaus Minde, M.D.
David Mrazek, M.D.
Joy Osofsky, Ph.D.
Ira Pauly, M.D.
Gary Peterson, M.D.
Sally Provence, M.D.
Joaquim Puig-Antich, M.D. (fallecido)
Kathleen May Quinn, M.D.
Steven Rasmussen, M.D.
Robert J. Reichler, M.D.
Mark A. Riddle, M.D.
Edward Ritvo, M.D.
Richard Rosner, M.D.
Byron Rourke, Ph.D.
Diane H. Schetky, M.D.
Eric Schopler, Ph.D.
Rourke Schopler, Ph.D.
Arthur Shapiro, M.D.
Theodore Shapiro, M.D.
Bennet Shaywitz, M.D.
Larry Silver, M.D.
Robert Stoller, M.D. (fallecido)
Alan Stone, M.D.
Peter Szatmari, M.D.
Ludwig Szymanski, M.D.
Paula Tallal, Ph.D.
Kenneth Towbin, M.D.
Luke Tsai, M.D.
Kenneth Jay Weiss, M.D.
Myrna M. Weissman, Ph.D.
Elizabeth Weller, M.D.
Karen Wells, Ph.D.
Agnes Whittaker, M.D.
Janet B. W. Williams, D.S.W.
Ronald Winchel, M.D.
Allan Yozowitz, M.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D.
Barry Zuckerman, M.D.
Bernard Zuger, M.D.

Consultores para los trastornos de la conducta alimentaria

W. Stewart Agras, M.D.
Arnold Anderson, M.D.

William Berman, Ph.D.
Peter Beumont, M.D.
Barton J. Blinder, M.D.
Susan Jane Blumenthal, M.D.
LCDR James M. Blunt
Harry A. Brandt, M.D.
Timothy D. Brewerton, M.D.
Kelly Brownell, Ph.D.
Gabrielle A. Carlson, M.D.
Eva Carr, M.A.
Regina Casper, M.D.
Leslie Citrome, M.D.
Peter J. Cooper, M.D.
Arthur H. Crisp, M.D.
Maria DaCosta, M.D.
Bonnie Dansky, Ph.D.
Michael Devlin, M.D.
Adam Drewnowski, Ph.D.
Elke Eckert, M.D.
Robert Edelman, M.D.
Christopher Fairburn, M.D.
Madeline Fernstrom, Ph.D.
Manfred Fichter, M.D.
Martine Flament, M.D.
Henri Flikier, A.C.S.W.
Victor Fornari, M.D.
Chris Freeman, M.D.
David M. Garner, Ph.D.
Philip W. Gold, M.D.
Harry E. Gwirtsman, M.D.
Deborah Hasin, Ph.D.
C. Peter Herman, Ph.D.
David Herzog, M.D.
Jules Hirsch, M.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
L. K. George Hsu, M.D.
James I. Hudson, M.D.
Laurie Humphries, M.D.
Philippe Jeammet, M.D.
David C. Jimerson, M.D.
Craig Johnson, Ph.D.
Ross S. Kalucy, M.D.
Jack L. Katz, M.D.
Walter Kaye, M.D.
Justin Kenardy, Ph.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Sid Kennedy, M.D.
Dean Kilpatrick, Ph.D.
Dean D. Krahn, M.D.

Sing Lee, M.R.C.Psych.
Pierre Leichner, M.D.
Harold Leitenberg, Ph.D.
Jill Leolbonne, M.D.
Gloria Leon, Ph.D.
Katharine Loeb, B.A.
Alexander R. Lucas, M.D.
Marsha Marcus, Ph.D.
Valerie Rae McClain, B.A.
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Julian Morrow, Ph.D.
Claes Norring, Dr. Med. Sc.
Patrick O'Conner, Ph.D.
Marion P. Olmstead, Ph.D.
Carol B. Peterson, Ph.D.
Karl Pirke, M.D.
Janet Polivy, Ph.D.
Harrison Pope, M.D.
Charles Portney, M.D.
Albert M. Powell, M.D.
Raymond Prince, M.D.
Richard Pyle, M.D.
Ellen Raynes, Psy.D.
Rory Richardson, M.A.
Cheryl Ritenbaugh, Ph.D., M.P.H.
Paul Robinson, M.D.
Judith Rodin, Ph.D.
Barbara J. Rolls, Ph.D.
James Rosen, Ph.D.
Gerald Russell, M.D.
Ronna Saunders, L.C.S.W.
Joseph Silverman, M.D.
Michael Strober, Ph.D.
Albert J. Stunkard, M.D.
Allan Sugarman, M.D.
George Szmukler, M.D.
Sten Theander, M.D.
Suellen Thomsen, B.A.
David Tobin, Ph.D.
Walter Vandereycken, M.D.
David Veale, M.R.C.Psych.
Kelly Bemis Vitousek, Ph.D.
Thomas Wadden, Ph.D.
David Waller, M.D.
Winnie Weeda-Mannak, Ph.D.
Herbert Weiner, M.D.
Mitchel Weiss, M.D., Ph.D.
David Wheadon, M.D.
Rena Wing, M.D.
Steve Wonderlich, Ph.D.

Susan Wooley, Ph.D.
Wayne Wooley, Ph.D.
Judith Wurtman, Ph.D.
Joel Yager, M.D.
Susan Yanovski, M.D.
Preston Zucker, M.D.

Consultores para los trastornos del estado de ánimo

Hagop Akiskal, M.D.
Jay Amsterdam, M.D.
Jules Angst, M.D.
Paul S. Appelbaum, M.D.
Mari Åsberg, M.D.
David Avery, M.D.
Aaron T. Beck, M.D.
James C. Beck, M.D.
Dan Blazer, M.D.
Charles Bowden, M.D.
Ian Brockington, M.D.
Susan B. Campbell, Ph.D.
Dennis P. Cantwell, M.D.
Bernard J. Carroll, M.D. Ph.D.
Giovanni Cassano, M.D.
Paul Chodoff, M.D.
William Coryell, M.D.
John L. Cox, D.M.
Jonathan Davidson, M.D.
John Davis, M.D.
Christine Dean, M.D.
Robert Delong, M.D.
J. Raymond DePaulo, M.D.
Jean Endicott, Ph.D.
Cecile Ernst, M.D.
Max Fink, M.D.
Leslie M. Forman, M.D.
Linda George, Ph.D.
Robert Gerner, M.D.
Elliot Gershon, M.D.
William Goldstein, M.D.
Byron Good, Ph.D.
Frederick K. Goodwin, M.D.
Thomas Gordon Gutheil, M.D.
Wilma M. Harrison, M.D.
Jonathon M. Himmelhoch, M.D.
Robert M. A. Hirschfeld, M.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Charles Holzer III, M.D.
Robert Howland, M.D.
Emily Hoyer, B.A.

James Jefferson, M.D.
Ira Katz, M.D.
Gabor Keitner, M.D.
Robert Kendell, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Daniel Klein, Ph.D.
Gerald L. Klerman, M.D. (fallecido)
James Kocsis, M.D.
Harold Koenig, M.D.
Ernest Kovacs, M.D.
Helena Kraemer, Ph.D.
K. Ranga Rama Krishnan, M.D.
Andrew Krystal, M.D.
David J. Kupfer, M.D.
Jacqueline LaLive, M.D.
Peter Lewinshon, Ph.D.
Wolfgang Maier, M.D.
John Mann, M.D.
Spero Manson, Ph.D.
James P. McCullough, Ph.D.
Patrick McGrath, M.D.
Julien Mendelewicz, M.D.
Kathleen Merikangas, Ph.D.
Robert Michels, M.D.
Ivan Miller, Ph.D.
Phyllis Nash, D.S.W.
Michael O'Hara, Ph.D.
David Osser, M.D.
Gordon Parker, M.D.
Barbara Parry, M.D.
Eugene Paykel, M.D.
Kok Lee Peng, M.D.
Fredrick Petty, M.D., Ph.D.
Robert M. Post, M.D.
Daniel Purdy, A.B.
Frederic Quitkin, M.D.
Judith G. Rabkin, Ph.D.
Ted Reich, M.D.
Richard Ries, M.D.
Donald Robinson, M.D.
Holly Rogers, M.D.
Jerrold F. Rosenbaum, M.D.
Norman Rosenthal, M.D.
Anthony Rothschild, M.D.
Alec Roy, M.D.
Cordelia Russell, B.A.
Alan Schatzberg, M.D.
Jan Scott, Ph.D.
Tracie Shea, Ph.D.
Anne Simmons, Ph.D.

Stuart Sotsky, M.D.
David Steffens, M.D.
Jonathan Stewart, M.D.
Larry H. Strasburger, M.D., Ph.D.
Trisha Suppes, M.D., Ph.D.
Michael Thase, M.D.
Richard Weiner, M.D.
Jan Weissenburger, M.A.
Myrna M. Weissman, Ph.D.
Kenneth Wells, M.D.
Peter C. Whybrow, M.D.
George Winokur, M.D.
Anna Wirz-Justice, Ph.D.
Hans Ulrich Wittchen, Ph.D.

Consultores para el sistema multiaxial

Jonathan F. Borus, M.D.
Kathleen Buckwalter, Ph.D.
Fredric Busch, M.D.
Eric Douglas Caine, M.D.
Thomas Carli, M.D.
Arnold Cooper, M.D.
Paul Crits-Christoph, M.D.
Susan Fine, M.A.
Paul J. Fink, M.D.
Jack Froom, M.D.
Akira Fujinawa, M.D.
Daniel W. Gillette, M.D.
Robert Glick, M.D.
Byron Good, Ph.D.
Richard E. Gordon, M.D., Ph.D.
Barry Gurland, M.D.
Herta A. Guttman, M.D.
Richard Hall, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.
Charles Hughes, Ph.D.
T. Byram Karasu, M.D.
James Karls, D.S.W.
Florence Kaslow, Ph.D.
Otto Kernberg, M.D.
Gerald L. Klerman, M.D. (fallecido)
Thomas Kuhlman, Ph.D.
Powell Lawton, Ph.D.
Joshua D. Lipsitz, Ph.D.
Christine Lloyd, M.D.
Lester Luborsky, M.D.
Roger Mackinnon, M.D.
Carolyn Mazure, Ph.D.
Theodore Millon, Ph.D.
Glen Pearson, M.D.

J. Christopher Perry, M.D.
George H. Pollock, M.D.
Joseph M. Rey, Ph.D.
Lawrence Rockland, M.D.
Geoffrey Shrader, M.D.
Ronald C. Simons, M.D., M.A.
Alan Stoudemire, M.D.
James J. Strain, M.D.
John S. Strauss, M.D.
Christopher Tennant, M.D.
Mary Durand Thomas, R.N., Ph.D.
Virginia Tilden, R.N., D.N.Sc.
George Vaillant, M.D.
Holly Skodol Wilson, R.N., Ph.D.
Ronald M. Wintrob, M.D.
Lyman C. Wynne, M.D., Ph.D.

Consultores para los trastornos de la personalidad

Gerald Adler, M.D.
Salman Akhtar, M.D.
Hagop Akiskal, M.D.
Norimassa Akuta, M.D.
Renato Daniel Alarcon, M.D., M.P.H.
Arthur Alterman, Ph.D.
Antonio Andreoli, M.D.
Paul S. Appelbaum, M.D.
Beng-Ake Armelius, Ph.D.
Lorna Smith Benjamin, Ph.D.
Mark Berelowitz, M.D.
Jack Brandes, M.D.
Remi Cadoret, M.D.
Paul Chodoff, M.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
John Clarkin, Ph.D.
C. Robert Cloninger, M.D.
Jerome Cohen, D.S.W.
Karyl Cole, M.D.
Arnold Cooper, M.D.
Paul Costa, Ph.D.
Alv A. Dahl, M.D.
Carl Eisdorfer, M.D., Ph.D., M.S.W.
Edward F. Foulks, M.D., Ph.D.
John Frosch, M.D.
William Goldstein, M.D.
Seymour L. Halleck, M.D.
Robert Hare, Ph.D.
Judith Herman, M.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.

Stephen W. Hurt, Ph.D.
 Steven Hyler, M.D.
 Karen John, M.D.
 Patricia Judd, M.S.W.
 Charles Kaelber, M.D.
 Oren Kalus, M.D.
 Kenneth S. Kendler, M.D.
 Otto Kernberg, M.D.
 Donald Kiesler, Ph.D.
 Daniel Klein, Ph.D.
 Donald F. Klein, M.D.
 Arthur Kleinman, M.D., Ph.D.
 Harold Koenigsberg, M.D.
 Jerome Kroll, M.D.
 Marsha Linehan, Ph.D.
 Paul Links, M.D.
 John Lion, M.D.
 W. John Livesley, M.D.
 Armand Loranger, Ph.D.
 Spencer Lyerly, Ph.D.
 Michael Lyons, Ph.D.
 K. Roy MacKenzie, M.D.
 Roger Mackinnon, M.D.
 Nikolas Manos, M.D.
 James Masterson, M.D.
 Robert McCrae, Ph.D.
 Thomas McGlashan, M.D.
 Robert David Miller, M.D., Ph.D.
 Leslie Morey, Ph.D.
 Ole Mors, M.D.
 Kazuhisa Nakao, M.D.
 H. George Nurnberg, M.D.
 John Oldham, M.D.
 Yutaka Ono, M.D.
 Stephen L. Oxley, Ph.D.
 Joel Paris, M.D.
 Gordon Parker, M.D.
 Glen Pearson, M.D.
 Kok Lee Peng, M.D.
 J. Christopher Perry, M.D.
 Ethel Person, M.D.
 Katharine Anne Phillips, M.D.
 Paul Pilkonis, Ph.D.
 Harrison Pope, M.D.
 Charles Pull, M.D.
 James Reich, M.D., M.P.H.
 William H. Reid, M.D.
 Lee Robins, Ph.D.
 Elsa Ronningstam, Ph.D.
 Loren Henry Roth, M.D.

Robert Ruegg, M.D.
 Pedro Ruiz, M.D.
 A. John Rush, M.D.
 Marvin Schwartz, M.D.
 Richard Selman, M.D.
 Kenneth Silk, M.D.
 Bennett Simon, M.D.
 Richard C. Simons, M.D.
 Erik Simonsen, M.D.
 Andrew Edward Skodol II, M.D.
 Paul Harris Soloff, M.D.
 Stephen Sternbach, M.D.
 Alan Stone, M.D.
 Michael Stone, M.D.
 Lawrence Tancredi, M.D.
 Alex Tarnopolsky, M.D.
 Auke Tellegen, Ph.D.
 Pekka Tienari, M.D.
 Sverre Torgensen, M.D.
 Joseph Triebwasser, M.D.
 Robert Tringone, Ph.D.
 Timothy Trull, Ph.D.
 Peter Tyrer, M.D.
 Lindsey Tweed, M.D.
 T. Bedirhan Ustun, M.D.
 Per Vaglum, M.D.
 Sonya Vaglum, M.D.
 George Vaillant, M.D.
 Lenore B. Walker, Ed.D.
 Dermot Walsh, M.B.
 Jack Wiggins, Ph.D.
 Jerry Wiggins, Ph.D.
 Mary C. Zanarini, Ed.D.

Consultores para el trastorno disfórico premenstrual

Elissa P. Benedek, M.D.
 Sarah Berga, M.D.
 Susan Jane Blumenthal, M.D.
 Leah Joan Dickstein, M.D.
 Ellen W. Freeman, Ph.D.
 Sheryl Gallant, Ph.D.
 Leslie Gise, M.D.
 Uriel Halbreich, M.D.
 Jean Hamilton, M.D.
 Michelle Harrison, M.D.
 Roger F. Haskett, M.D.
 Steven Ken Hoge, M.D.
 Stephen W. Hurt, Ph.D.
 Renee Johns, B.A.

W. Keye, Jr., M.D.
Martha Kirkpatrick, M.D.
Martha McClintock, Ph.D.
Margaret L. Moline, Ph.D.
Carol C. Nadelson, M.D.
Howard Osofsky, M.D.
Mary Brown Parlee, Ph.D.
Jeff Rausch, M.D.
Robert Reid, M.D.
R. Rhodes, M.D.
Ana Rivera-Tovar, Ph.D.
Gail Robinson, M.D.
Miriam Rosenthal, M.D.
Peter Roy-Byrne, M.D.
David Rubinow, M.D.
Paula Schnurr, Ph.D.
John Steege, M.D.
Meir Steiner, M.D., Ph.D.
Donna Stewart, M.D.
Anna Stout, M.D.
Lenore B. Walker, Ed.D.
David Youngs, M.D.

Consultores para los trastornos psiquiátricos de naturaleza mixta (trastornos adaptativos, disociativos, facticios, de control de impulsos y somatomorfos, y factores psicológicos que afectan al estado físico)

Paul S. Appelbaum, M.D.
Allyson Ashley, D.S.W.
Arthur J. Barsky, M.D.
David H. Barlow, Ph.D.
Johnathon O. Beahrs, M.D.
David Bear, M.D.
Gale Beardsley, M.D.
Sidney Benjamin, M.D., M.Phil.
Kenneth Bowers, Ph.D.
John Bradford, M.D.
Bennett Braun, M.D.
Etzel Cardena, Ph.D.
James Chu, M.D.
Catherine Classen, Ph.D.
Phillip Coons, M.D.
Douglas Detrick, Ph.D.
Robert H. Dworkin, Ph.D.
David Folks, M.D.
Fred Frankel, M.D.
Edward Frischholz, Ph.D.
George Fulup, M.D.
Rollin Gallagher, M.D.

Jeffrey Geller, M.D.
Daniel W. Gillette, M.D.
Michael G. Goldstein, M.D.
Veerainder Goli, M.B.
Carlos A. González, M.D.
Junius Gonzales, M.D.
Michael I. Good, M.D.
Ezra E. H. Griffith, M.D.
Samuel B. Guze, M.D.
Seymour L. Halleck, M.D.
Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.
Nelson Hendler, M.S., M.D.
Ernest Hilgard, Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Jimmie C. Holland, M.D.
Eric Hollander, M.D.
James J. Hudziak, M.D.
Janis H. Jenkins, Ph.D.
Roger Kathol, M.D.
J. David Kinzie, M.D.
Laurence Kirmayer, M.D.
Arthur Kleinman, M.D., Ph.D.
Richard Kluft, M.D.
Cheryl Koopman, Ph.D.
Donald S. Kornfeld, M.D.
K. Ranga Rama Krishnan, M.D.
John Kurtz, M.D.
Henry R. Lesieur, Ph.D.
James Levenson, M.D.
Roberto Lewis-Fernández, M.D.
John Lion, M.D.
Zbigniew J. Lipowski, M.D.
Don R. Lipsitt, M.D.
Richard Loewenstein, M.D.
Jeffrey Mattes, M.D.
M. Eileen McNamara, M.D.
Harold Merskey, D.M.
Michael Moran, M.D.
George B. Murray, M.D.
John Nemiah, M.D.
Jeffrey Newcorn, M.D.
Raymond Niaura, Ph.D.
Perry M. Nicassio, Ph.D.
Martin Orne, M.D., Ph.D.
Kalpana Pakianathan, M.D.
Robert O. Pasnau, M.D.
Kok Lee Peng, M.D.
Samuel W. Perry III, M.D.
Gary Peterson, M.D.
John Plewes, M.D.

Stanley L. Portnow, M.D., Ph.D.
 Frank Putnam, M.D.
 Phillip Jacob Resnick, M.D.
 Richard J. Rosenthal, M.D.
 Colin A. Ross, M.D.
 John Z. Sadler, M.D.
 Shirley Sanders, Ph.D.
 Stephen M. Saravay, M.D.
 Jonathon F. Silver, M.D.
 Herbert Spiegel, M.D.
 Marlene Steinberg, M.D.
 Robert Stewart, D.S.W.
 Marvin Swartz, M.D.
 Troy L. Thompson II, M.D.
 Moshe Torem, M.D.
 Eldon Tunks, M.D.
 William L. Webb, Jr., M.D. (fallecido)
 Kenneth Jay Weiss, M.D.
 Mitchel Weiss, M.D., Ph.D.
 Lewis Jolly West, M.D.
 Ronald Winchel, M.D.
 Thomas Nathan Wise, M.D.
 Dennis Wolf, M.D.
 Derson Young, M.D.
 Stuart C. Yudofsky, M.D.
 Sean Yutzy, M.D.

Consultores para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Xavier Amador, Ph.D.
 Stephan Arndt, Ph.D.
 Peter Berner, M.D.
 Istvan Bitter, M.D.
 Donald W. Black, M.D.
 Randy Borum, M.D.
 Malcolm B. Bowers, Jr., M.D.
 H. Stefan Bracha, M.D.
 Ian Brockington, M.D.
 William Carpenter, M.D.
 Richard J. Castillo, Ph.D.
 David Copolov, M.D.
 Lawrence A. Dunn, M.D.
 William Edell, Ph.D.
 Akira Fujinawa, M.D.
 Carlos A. González, M.D.
 Jack Gorman, M.D.
 Igor Grant, M.D.
 Ezra E. H. Griffith, M.D.
 Gretchen Haas, Ph.D.
 Martin Harrow, Ph.D.

Steven Ken Hoge, M.D.
 Janis H. Jenkins, Ph.D.
 Dilip V. Jeste, M.D.
 Marvin Karno, M.D.
 Robert Kendell, M.D.
 Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H.
 Roberto Lewis-Fernández, M.D.
 Robert Liberman, M.D.
 Jeffrey Lieberman, M.D.
 Mario Maj, M.D.
 Joseph P. McEvoy, M.D.
 Max McGee, M.D.
 Patrick McGorry, M.B.B.S.
 Herbert Meltzer, M.D.
 Alan Metz, M.D.
 Jeffrey L. Metzner, M.D.
 Mark Richard Munetz, M.D.
 Alistair Munroe, M.D.
 Keith Neuchterlein, Ph.D.
 Yuji Okazaki, M.D.
 Alfonso Ontiveros, M.D., M.Sc.
 Stein Opjordsmoen, Ph.D.
 Ananda K. Pandurangi, M.D.
 Godfrey Pearlson, M.D.
 Delbert Robinson, M.D.
 Nina Schooler, Ph.D.
 Larry Siever, M.D.
 Samuel Siris, M.D.
 John Sweeney, Ph.D.
 Sally Szymanski, D.O.
 Mauricio Tohen, M.D.
 Ming Tso Tsuang, M.D., Ph.D.
 Michael Zaudig, M.D.

Consultores para los trastornos sexuales

John Bradford, M.D.
 Robert P. Cabaj, M.D.
 Dona L. Davis, Ph.D.
 Park Elliot Dietz, M.D., Ph.D.
 Leslie Gise, M.D.
 Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.
 Gilbert Herdt, Ph.D.
 Steven Ken Hoge, M.D.
 Helen Kaplan, M.D.
 Kok Lee Peng, M.D.
 Anna Stout, M.D.

Consultores para los trastornos del sueño

Edward Bixler, M.D.
 Jack Edinger, M.D.

Charles W. Erwin, M.D.
Eugene C. Fletcher, M.D.
Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.
Peter Hauri, Ph.D.
Anthony Kales, M.D.
Milton Kramer, M.D.
Rocco Manfredi, M.D.
Gail Marsh, M.D.
Jeffrey L. Metzner, M.D.
Harvey Moldofsky, M.D.
Timothy H. Monk, Ph.D.
Ralph Pascualy, M.D., R.N.
Howard Roffwarg, M.D.
Thomas Roth, Ph.D.
A. John Rush, M.D.
Constantin R. Soldatos, M.D.
Edward Stepanski, Ph.D.
Michael Thorpy, M.D.

Consultores para los trastornos relacionados con sustancias

Henry Abraham, M.D.
Christer Allgulander, M.D.
Arthur Alterman, Ph.D.
Roland Atkinson, M.D.
Tom Babor, Ph.D.
George Bailey, M.D.
James Barbie, M.D.
Jeffrey Bedrick, M.D.
Fred K. Berger, M.D.
Jack D. Blaine, M.D.
Sheila Blume, M.D.
Richard Bonnie, J.D.
Kathleen Bucholz, Ph.D.
John Cacciola, Ph.D.
Glorissa Canino, Ph.D.
William D. Clark, M.D.
Stephen Dinwiddie, M.D.
Griffith Edwards, M.D.
Marian Fischman, Ph.D.
Richard Frances, M.D.
William Frosch, M.D.
Marc Galanter, M.D.
Frank Gawin, M.D.
Edith S. Linansky Gomberg, Ph.D.
Enoch Gordis, M.D.
David Gorelick, M.D.
Bridget Grant, Ph.D.
Marcus Grant, Ph.D.
Lester Grinspoon, M.D.

Alfred Harkley, M.D.
James Hartford, M.D.
Deborah Hasin, Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Arthur M. Horton, Ph.D.
John R. Hughes, M.D.
Michael Irwin, M.D.
Jerome Jaffe, M.D.
Denise Kandel, Ph.D.
Edward Kaufman, M.D.
Herbert Kleber, M.D.
Thomas Kosten, M.D.
Mary Jeanne Kreek, M.D.
James Langenbucher, Ph.D.
Edward D. Levin, Ph.D.
Benjamin Liptzin, M.D.
James Maddox, M.D.
Enrique Madrigal, M.D.
Peter Martin, M.D.
Roy Mathew, M.D.
Wayne McFadden, M.D.
Thomas McLellan, Ph.D.
Jack H. Mendelsohn, M.D.
Roger Meyer, M.D.
Norman Miller, M.D.
Robert Millman, M.D.
Maristela Monteiro, M.D.
Robert M. Morse, M.D.
David F. Naftolowitz, M.D.
Paul Nagy
Charles O'Brien, M.D.
Glen Pearson, M.D.
Stanton Peele, Ph.D.
Helen Pettinatti, Ph.D.
Roy Pickens, Ph.D.
Andrzej Piotrowski, M.D.
Rumi Price, Ph.D.
Anthony Radcliffe, M.D.
Charles Riordan, M.D.
Jed Rose, Ph.D.
Bruce Rounsaville, M.D.
John Saunders, M.D.
Sidney H. Schnoll, M.D.
Charles R. Schuster, Ph.D.
Boris Segal, M.D.
Roy Stein, M.D.
Lee L. Towle, Ph.D.
John Tsuang, M.D.
Harold Urschell III, M.D.
Dermot Walsh, M.B.

Robert Weinrieb, M.D.
Joseph Westermeyer, M.D., Ph.D., M.P.H.

Kenneth Winters, Ph.D.
Sheldon Zimberg, M.D.

Consultores del Comité Elaborador

Consultores para los aspectos de la codificación

Andrea Albaum-Feinstein
Margaret Amatayakul, M.B.A., R.R.A.
Amy Blum, M.P.H., R.R.A.
Delray Green, R.R.A.
Deborah K. Hansen, A.R.T., C.C.S.
Robert A. Israel, M.P.H.
L. Ann Kirner, C.C.S.
Perriane Lurie, M.D., M.P.H.
Sue Meads, R.R.A.
James W. Thompson, M.D., M.P.H.

Consultores de temas transculturales

Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Arthur Kleinman, M.D., Ph.D.
Horacio Fabrega, Jr., M.D.
Delores Parron, Ph.D.
Byron Good, Ph.D.
Keh-Ming Lin, M.D.
Spero Manson, Ph.D.
Gloria Johnson-Powell, M.D.

Victor R. Adebimpe, M.D.
Renato Daniel Alarcon, M.D., M.P.H.
William Arroyo, M.D.
Morton Beiser, M.D.
James Boster, Ph.D.
Glorissa Canino, Ph.D.
Ian Alberto Canino, M.D.
Richard J. Castillo, Ph.D.
Freda Cheung, Ph.D.
Ellen Corin, Ph.D.
Dona L. Davis, Ph.D.
Armando Favazza, M.D.
Candace Fleming, Ph.D.
Edwards F. Foulks, M.D., Ph.D.
Atwood Gaines, Ph.D.
Albert Gaw, M.D.
James Gibbs, Ph.D.
Carlos A. González, M.D.
Ezra E. H. Griffith, M.D.
Peter J. Guarnaccia, Ph.D.
Gilbert Herdt, Ph.D.
Kim Hopper, Ph.D.
David Hufford, Ph.D.
Charles Hughes, Ph.D.

Janis H. Jenkins, Ph.D.
Marvin Karno, M.D.
Marianne Kastrup, M.D., Ph.D.
J. David Kinzie, M.D.
Laurence Kirmayer, M.D.
Paul Koegel, Ph.D.
Robert F. Kraus, M.D.
Tina K. Leonard-Green, M.S., R.D.
Roberto Lewis-Fernández, M.D.
T-Y Lin, M.D.
Roland Littlewood, M.B., D.Phil.
Francis Lu, M.D.
Enrique Madrigal, M.D.
Theresa O'Neill, Ph.D.
Raymond Prince, M.D.
Juan Ramos, Ph.D.
Cheryl Ritenbaugh, Ph.D., M.P.H.
Lloyd Rogler, Ph.D.
William H. Sack, M.D.
Ihsan Salloum, M.D., M.P.H.
Norman Sartorius, M.D., Ph.D.
Catherine L. Shisslak, Ph.D.
Ronald C. Simons, M.D., M.A.
Jeanne M. Spurlock, M.D.
Nicolette Teufel, Ph.D.
James W. Thompson, M.D., M.P.H.
Wen-Shing Tseng, M.D.
Mitchell Weiss, M.D., Ph.D.
Joseph Westermeyer, M.D., Ph.D., M.P.H.
Charles Wilkinson, M.D.
Ronald M. Wintrob, M.D.
Joseph Yamamoto, M.D.

Consultores sobre la familia y la relación interpersonal

James Alexander, Ph.D.
Arthur M. Bodin, Ph.D.
Robert Butler, M.D.
Patricia Chamberlain, Ph.D.
Dante Cichetti, Ph.D.
John Clarkin, Ph.D.
Daniel Corwin, M.D.
Mark R. Ginsberg, Ph.D.
Michael J. Goldstein, Ph.D.
Herta A. Guttman, M.D.
Michael D. Kahn, Ph.D.
Sandra Kaplan, M.D.

Florence Kaslow, Ph.D.
 John F. Knutson, Ph.D.
 Judy Magil, M.S.W.
 David Millkowitz, Ph.D.
 K. Daniel O'Leary, Ph.D.
 David Olson, Ph.D.
 David Pelcovitz, Ph.D.
 Angus M. Strachan, Ph.D.
 Terry S. Trepper, Ph.D.
 Lyman C. Wynne, M.D., Ph.D.
 Ramsy Yassa, M.D.

Consultores sobre temas forenses

Paul S. Appelbaum, M.D.
 James C. Beck, M.D.
 Lewis M. Bloomingdale, M.D.
 Richard Bonnie, J.D.
 Jeffrey Lee Cummings, M.D.
 Jerry Geller, M.D.
 Robert P. Granacher, M.D., Ph.D.
 Thomas Gordon Gutheil, M.D.
 Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.
 Steven Ken Hoge, M.D.
 Stuart Kleinam, M.D.
 Jeffrey L. Metzner, M.D.
 Charles A. Meyer, Jr., M.D.
 Robert David Miller, M.D., Ph.D.
 Mark Richard Munetz, M.D.
 Stanley L. Portnow, M.D., Ph.D.
 Phillip Jacob Resnick, M.D.
 Richard Rosner, M.D.
 Daniel W. Shuman
 Larry H. Strasburger, M.D., Ph.D.
 Kenneth Jay Weiss, M.D.
 Howard Zonana, M.D.

Consultores sobre los trastornos del movimiento provocados por medicación

Gerard Addonizio, M.D.
 Lenard Adler, M.D.
 Burt Angrist, M.D.
 Ross J. Baldessarini, M.D.
 Stanley N. Caroff, M.D.
 Daniel Casey, M.D.
 Jeffrey Lee Cummings, M.D.
 George Gardos, M.D.
 Allen Gelenberg, M.D.
 James Jefferson, M.D.
 Dilip V. Jeste, M.D.
 John M. Kane, M.D.

Paul E. Keck, M.D.
 James Levenson, M.D.
 Stephan C. Mann, M.D.
 Ananda K. Pandurangi, M.D.
 Patricia Rosebush, M.D.
 Virginia Susman, M.D.
 Peter Weiden, M.D.
 Ramsy Yassa, M.D.

Consultores del Comité Elaborador del DSM-IV

Boris M. Astrachan, M.D.
 Robert Avant, M.D.
 Jeanette Bair, B.S., M.B.A.
 W. Robert Beavers, M.D.
 Jeffrey Bedrick, M.D.
 Carl Bell, M.D.
 Ellen Berman, M.D.
 Eugene Broadhead, M.D., Ph.D.
 Laura Brown, Ph.D.
 Robert P. Cabaj, M.D.
 Robert Cahan, M.D.
 Robert Chiarello, M.D.
 William D. Clark, M.D.
 Steven Cohen-Cole, M.D.
 Lee Combrinck-Graham, M.D.
 Vicky Conn, R.N.
 Harris Cooper, Ph.D.
 Michael Crouch, M.D.
 Alan Daniels
 Frank deGruy, M.D.
 Susan Dime-Meenan
 Stacy Donovan, B.A.
 Richard Dudley, M.D.
 Suzanne Dworak-Peck
 Bruce Emery, A.C.S.W.
 Spencer Falcon, M.D.
 Louis Fine, M.D.
 Susan Fine, M.A.
 Rita Finnegan, R.R.A.
 Gerald H. Flamm, M.D.
 Laurie Flynn, B.A.
 Raymond D. Fowler, Ph.D.
 Richard Frances, M.D.
 Jack Froom, M.D.
 Robert W. Gibson, M.D.
 Junius Gonzales, M.D.
 Raphael S. Good, M.D.
 Robert C. Green, M.D.
 Larry P. Griffin, M.D.

Claire Griffin-Francell, R.N.
Alfred Harkley, M.D.
Norman B. Hartstein, M.D.
Ann Hohmann, Ph.D.
Theodore Hutchison, M.D.
Dale Johnson, Ph.D.
John E. Joyner, M.D.
Harold Kaminetzky, M.D.
Ira Katz, M.D.
Jerald Kay, M.D.
Kelly Kelleher, M.D.
Helena Kraemer, Ph.D.
John J. LaFerla, M.D.
Marion Langer, Ph.D.
Martha Lasseter, R.R.A.
Philip Lavori, Ph.D.
Lawrence N. Lazarus, M.D.
Harriet Lefley, Ph.D.
James Levenson, M.D.
Frank Ling, M.D.
Mack Lipkin, M.D.
Don-David Lusteran, Ph.D.
Richard M. Magraw, M.D.
Kathryn Magruder, Ph.D., M.P.H.
Dale Matthews, M.D.
Chuck Miles, M.D.
Sheldon I. Miller, M.D.
Paul D. Mozley, M.D.
Kathi Pajer, M.D.
Joseph Palombi, M.D.
Robert C. Park, M.D.
Elaine Purpel, M.S.W.
Peter Rabins, M.D.
Anthony Radcliffe, M.D.
Richard Rahe, M.D.
Peter Rappo, M.D.
Marilyn Rosenson, M.S.W.
Marshall Rosman, Ph.D.
Donald J. Scherl, M.D.
Sidney H. Schnoll, M.D.
Diana Seebold, R.R.A.
Charles A. Shamoian, M.D., Ph.D.
Steven Sharfstein, M.D.
J. Gregory Shea
Alfred Skinner, M.D.
William W. Snavely
Janet T. Spence
Leon Speroff, M.D.
Emanuel Steindler
Melvin Stern, M.D.
James E. Strain, M.D.
Rev. Paul C. Tomlinson
Michael B. Unhjem
Jerome Vaccaro, M.D.
Jeanne Van Riper, A.R.T.
Alan J. Wabrek, M.D.
Lenore B. Walker, Ed.D.
Steven Wartman, M.D.
Robert Weinrieb, M.D.
Robert Weinstock, Ph.D.
Bryant Welch, Ph.D.
Eleanor White, Ph.D.
Robert L. Williams, M.D.
Mark Wolraich, M.D.
David Youngs, M.D.

Consultores Internacionales

La Comisión Gestora del DSM-IV solicitó la experiencia de una amplia gama de expertos internacionales. Las contribuciones de éstos ayudaron a garantizar la sensibilidad cultural, la aplicabilidad por los profesionales internacionales de la salud mental y una mayor compatibilidad con la CIE-10. Los expertos internacionales aconsejaron tanto a la Comisión Gestora como a los grupos de trabajo.

- Christer Allgulander, M.D. (Suecia)
 Paulo Alterwain, M.D. (Uruguay)
 Antonio Andreoli, M.D. (Suiza)
 Jules Angst, M.D. (Suiza)
 Beng-Ake Armelius, Ph.D. (Suiza)
 Marie Åsberg, M.D. (Suecia)
 Tolani Asuni, M.D. (Nigeria)
 Sidney Benjamin, M.D., M.Phil. (Inglaterra)
 Mark Berelowitz, M.D. (Inglaterra)
 Peter Berner, M.D. (Austria)
 Aksel Bertelsen, M.D. (Dinamarca)
 Peter Beumont, M.D. (Australia)
 Istvan Bitter, M.D. (Hungría)
 Ray Blanchard, Ph.D. (Canadá)
 Daniel Bobon (Bélgica)
 Jacek Bomba, M.D. (Polonia)
 Kenneth Bowers, Ph.D. (Canadá)
 John Bradford, M.D. (Canadá)
 Susan Bradley, M.D. (Canadá)
 Jack Brandes, M.D. (Canadá)
 Ian Brockington, M.D. (Inglaterra)
 Graham Burrows, M.D. (Australia)
 Patricia Casey, M.D. (Irlanda)
 Giovanni Cassano, M.D. (Italia)
 Doo Young Cho, M.D. (Corea)
 David M. Clark, Ph.D. (Inglaterra)
 John E. Cooper, M.D. (Inglaterra)
 Peter J. Cooper, M.D. (Inglaterra)
 David Copolov, M.D. (Australia)
 Jorge Costa e Silva, M.D. (Brasil)
 Arthur H. Crisp, M.D. (Inglaterra)
 Stanislaw Dabrowski, M.D. (Polonia)
 Adrian Dafunchio, M.D. (Argentina)
 Alv A. Dahl, M.D. (Noruega)
 Christine Dean, M.D. (Inglaterra)
 Horst Dilling, M.D. (Alemania)
 Keith Stephen Dobson, Ph.D. (Canadá)
 Griffith Edwards, M.D. (Inglaterra)
 Christopher Fairburn, M.D. (Inglaterra)
 Francois Ferrero, M.D. (Suiza)
 Manfred Fichter, M.D. (Alemania)
 Martine Flament, M.D. (Francia)
- Chris Freeman, M.D. (Escocia)
 Harold Freyberger, M.D. (Alemania)
 Akira Fujinawa, M.D. (Japón)
 Paul Garfinkel, M.D. (Canadá)
 Michael Gelder, M.D. (Inglaterra)
 Semyon Gluzman, M.D. (antigua URSS)
 Judith H. Gold, M.D. (Canadá)
 Marcus Grant, Ph.D. (Suiza)
 Herta A. Guttman, M.D. (Canadá)
 Heinz Hafner, M.D. (Alemania)
 Robert Hare, Ph.D. (Canadá)
 Lily Hechtman, M.D. (Canadá)
 Michiel W. Hengeveld, M.D., Ph.D. (Países Bajos)
 C. Peter Herman, Ph.D. (Canadá)
 Hans Hippus, M.D. (Alemania)
 Willem M. Hirs, M.D. (Países Bajos)
 Teo Seng Hock, M.D. (Singapur)
 Hans W. Hoek, M.D., Ph.D. (Países Bajos)
 Yoshiko Ikeda, M.D. (Japón)
 Assen Jablensky, M.D. (Bulgaria)
 Aleksander Janca, M.D. (Suiza)
 Philippe Jeammet, M.D. (Francia)
 Karen John, M.D. (Inglaterra)
 Miguel Jorge, M.D., Ph.D. (Brasil)
 Ross S. Kalucy, M.D. (Australia)
 Marianne Kastrup, M.D., Ph.D. (Dinamarca)
 Heinz Katschnig, M.D. (Austria)
 Justin Kenardy, Ph.D. (Australia)
 Robert Kendell, M.D. (Escocia)
 Sid Kennedy, M.D. (Canadá)
 Renard Knabbe, M.D. (Suiza)
 Vladimir Kovalev, M.D. (antigua URSS)
 Evsey Krasik, M.D. (antigua URSS)
 Yves LeCrubier, M.D. (Francia)
 Pierre Leichner, M.D. (Canadá)
 Jill Leolbonne, M.D. (Inglaterra)
 Bernard Lerer, M.D. (Israel)
 Aubrey Levin, M.D. (África del Sur)
 Paul Links, M.D. (Canadá)
 Zbigniew Lipowski, M.D. (Canadá)
 Alwyn Lishman, M.D. (Inglaterra)

- W. John Livesley, M.D. (Canadá)
J. López-Ibor, Jr., M.D. (España)
Mario Maj, M.D. (Italia)
Felice Lieh Mak (China)
Nikolas Manos, M.D. (Grecia)
Isaac Marks, M.D. (Inglaterra)
Alexander C. McFarlane, M.B.B.S. (Hons), M.D. (Australia)
Patrick McGorry, M.B.B.S. (Australia)
Julien Mendelewicz, M.D. (Bélgica)
Klaus Minde, M.D. (Canadá)
Harvey Moldofsky, M.D. (Canadá)
Maristela Monteiro, M.D. (Brasil)
Stuart Montgomery, M.D. (Inglaterra)
Ole Mors, M.D. (Dinamarca)
Alistair Munroe, M.D. (Canadá)
Gulam Mustafa, M.D. (Kenia)
Yoshibumi Nakane, M.D. (Japón)
W. A. Nolen (Países Bajos)
Claes Norring, Dr. Med. Sc. (Suecia)
Yuri Nuller (former USSR) (antigua URSS)
Ahmed Okasha, M.D. (Egipto)
Yuji Okazaki, M.D. (Japón)
Yutaka Ono, M.D. (Japón)
Alfonso Ontiveros, M.D., M.Sc. (México)
Stein Opjordsmone, Ph.D. (Noruega)
John Orley, M.D. (Suiza)
Lars Goran Öst, Ph.D. (Suecia)
Stefano Pallanti, M.D. (Italia)
Joel Paris, M.D. (Canadá)
Gordon Parker, M.D. (Australia)
Eugene Paykel, M.D. (Inglaterra)
Kok Lee Peng, M.D. (Singapur)
Uwe Henrick Peters, M.D. (Alemania)
Carlo Perris, M.D. (Suecia)
Pierre Pichot, M.D. (Francia)
Andrzej Piotrowski, M.D. (Polonia)
Karl Pirke, M.D. (Alemania)
Janet Polivy, Ph.D. (Canadá)
Charles Pull, M.D. (Luxemburgo)
Kari Pylkkanen, M.D. (Finlandia)
Juan Ramón de la Fuente, M.D. (México)
Beverley Raphael, M.D. (Australia)
Robert Reid, M.D. (Canadá)
Helmut Remschmidt (Alemania)
Nils Rettersol, M.D. (Noruega)
Joseph M. Rey, Ph.D. (Australia)
Jeffrey C. Richards, Ph.D. (Australia)
Antonio A. Rizzoli, M.D. (Italia)
Paul Robinson, M.D. (Inglaterra)
Sir Martin Roth, M.D. (Inglaterra)
Byron Rourke, Ph.D. (Canadá)
Gerald Russell, M.D. (Inglaterra)
Sir Michael Rutter, M.D. (Inglaterra)
Javier Saavedra, M.D. (Perú)
Paul Salkovskis, Ph.D. (Inglaterra)
Norman Sartorius, M.D., Ph.D. (Suiza)
John Saunders, M.D. (Australia)
Aart H. Schene, M.D. (Países Bajos)
Marcus Fini Schulsinger, M.D. (Dinamarca)
Jan Scott, Ph.D. (Inglaterra)
Ruben Hernández Serrano, M.D. (Venezuela)
Michael Shephard, M.D. (Inglaterra)
Erik Simonsen, M.D. (Dinamarca)
Cees J. Slooff, M.D. (Países Bajos)
Constantin R. Soldatos, M.D. (Grecia)
Zahava Soloman, M.D. (Israel)
Marin Stancu, M.D. (Rumanía)
Meir Steiner, M.D., Ph.D. (Canadá)
Donna Stewart, M.D. (Canadá)
Eric Stromgren, M.D. (Dinamarca)
Peter Szatmari, M.D. (Canadá)
George Szmukler, M.D. (Inglaterra)
Alex Tarnopolsky, M.D. (Canadá)
Christopher Tennant, M.D. (Australia)
Sten Theander, M.D. (Suecia)
Pekka Tienari, M.D. (Finlandia)
Svenn Torgensen, M.D. (Noruega)
Peter Trower, Ph.D. (Inglaterra)
Eldon Tunks, M.D. (Canadá)
Peter Tyrer, M.D. (Inglaterra)
T. Berdirhan Ustun, M.D. (Suiza)
Per Vaglum, M.D. (Noruega)
Walter Vandereycken, M.D. (Bélgica)
Jenny Van Drimmelen-Krabbe, M.D. (Suiza)
J. T. van Mens, M.D. (Países Bajos)
David Veale, M.R.C.Psych. (Inglaterra)
F. C. Verhulst (Países Bajos)
Marcio Versiani, M.D. (Brasil)
Marten W. de Vries, M.D. (Países Bajos)
Dermot Walsh, M.B. (Irlanda)
Winny Weeda-Mannak, Ph.D. (Países Bajos)
John S. Werry, M.D. (Nueva Zelanda)
Hans Ulrich Wittchen, Ph.D. (Alemania)
Ramsy Yassa, M.D. (Canadá)
Derson Young, M.D. (China)
Michael Zaudig, M.D. (Alemania)
Joseph Zohar, M.D. (Israel)
Kenneth J. Zucker, Ph.D. (Canadá)
Roberto Llanos Zuloaga, M.D. (Perú)

Proyectos del DSM-IV centrados en los ensayos de campo

Los proyectos de ensayo de campo fundados por el Instituto Nacional de Salud Mental en colaboración con el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas y el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo fueron una valiosa fuente de datos y contribuyeron extraordinariamente a la calidad del DSM-IV. Nuestro agradecimiento al Dr. Darrel Regier, M.P.H., Director de la División de Epidemiología y Servicios de Investigación, y al Dr. Charles Kaelber, Oficial de Proyecto, por su apoyo y experiencia. Nuestro agradecimiento, también, a los siguientes participantes en los ensayos de campo:

Investigador Principal

Allen Frances, M.D.

Investigador Principal Adjunto

Harold Alan Pincus, M.D.

Coordinador en los Ensayos de Campo

Myriam Kline, M.S.

Consultor Estadístico

Helena Kraemer, Ph.D.

Ensayo de campo para el trastorno antisocial de la personalidad

Director del Proyecto

Thomas A. Widiger, Ph.D.

Coordinadores

Arthur Alterman, Ph.D.

Remi J. Cadoret, M.D.

Robert Hare, Ph.D.

Lee Robins, Ph.D.

George E. Woody, M.D.

Mary C. Zanarini, Ed.D.

Ensayo de campo para el autismo y trastornos generalizados del desarrollo

Director del proyecto

Fred Volkmar, M.D. (también coordinador)

Coordinadores

Magda Campbell, M.D.

B. J. Freeman, Ph.D.

Ami Klin, Ph.D.

Catherine Lord, Ph.D.

E. Ritvo, M.D.

Sir Michael Rutter, M.D.

Eric Schopler, Ph.D.

Coordinadores voluntarios

Joel Bregman, M.D.

Jan Buitelaar, M.D.

Soo Churl Cho, M.D.

Eric Fombonne, M.D.

Joaquín Fuentes, M.D.

Yossie Hattab, M.D.

Yoshihiko Hoshino, M.D.

J. Kerbeshian, M.D.

William Kline, Ph.D.

Katherine Loveland, Ph.D.

Bryna Siegel, Ph.D.

Wendy Stone, M.D.

Peter Szatmari, M.D.

Ludwig Szymanski, M.D.

Kenneth Towbin, M.D.

John S. Werry, M.D.

Ensayo de campo para el trastorno de comportamiento perturbador

Director del proyecto

Benjamin Lahey, Ph.D. (también coordinador)

Coordinadores

Russell Barkley, Ph.D.

Joseph Biederman, M.D.

Barry Garfinkel, M.D.

Laurence Greenhill, M.D.

George Hynd, Ed.D.

Keith McBurnett, Ph.D.

Jeffrey Newcorn, M.D.

Thomas Ollendick, Ph.D.

Coordinadores voluntarios

Paul Frick, Ph.D.

Peter Jensen, M.D.

Lynn Kerdyk, Ph.D.

John Richters, Ph.D.

Coordinador de datos
Dorcas Pérez, B.A.

Ensayo de campo para el trastorno por depresión mayor, distimia y depresión menor

Director del proyecto
Martin B. Keller, M.D. (también coordinador)

Codirectores
Michael B. First, M.D.
James Kocsis, M.D. (también coordinador)

Coordinadores
Robert M. A. Hirschfeld, M.D.
Charles Holzer, Ph.D.
Gabor Keitner, M.D.
Daniel Klein, Ph.D.
Deborah Marin, M.D.
James P. McCullough, Ph.D.
Ivan Miller, Ph.D.
Tracie Shea, Ph.D.

Coordinadores de datos
Diane Hanks, M.A.
Cordelia Russell, B.A.

Ensayo de campo para el trastorno mixto de ansiedad y depresión

Directores del proyecto
David H. Barlow, Ph.D. (también coordinador)
Michael R. Liebowitz, M.D. (también coordinador)
Richard Zinbarg, Ph.D. (también coordinador)

Coordinadores
Phil Brantley, Ph.D.
Eugene Broadhead, M.D., Ph.D.
Wayne Katon, M.D.
Jean-Pierre Lepine, M.D.
Jeffrey C. Richards, Ph.D.
Peter Roy-Byrne, M.D.
Linda Street, Ph.D.
Mardjan Teherani, Ph.D.

Ensayo de campo para el trastorno obsesivo-compulsivo

Director del Proyecto
Edna Foa, Ph.D. (también coordinador)

Coordinadores
Jane Eisen, M.D.

Wayne Goodman, M.D.
Hella Hiss, Ph.D.
Eric Hollander, M.D.
Michael Jenike, M.D.
Michael J. Kozak, Ph.D.
Steven Rasmussen, M.D.
Joseph Ricciardi, Ph.D.
Peggy Richter, M.D.
Barbara Rothbaum, Ph.D.

Ensayo de campo para el trastorno de angustia (*panic disorder*)

Director del proyecto
Abby Fyer, M.D. (también coordinador)

Codirector
James C. Ballenger M.D. (también coordinador)

Coordinadores
David H. Barlow, Ph.D.
Michael Hollifield, M.D.
Wayne Katon, M.D.
Richard Swinson, M.D.

Analistas de datos
Tim Chapman, M.Phil.
Salvatore Mannuzza, Ph.D.

Coordinador de datos
Hilary Rassnick, M.A.

Ensayo de campo para el trastorno por estrés postraumático

Director del proyecto
Dean Kilpatrick, Ph.D. (también coordinador)
Bessel van der Kolk, M.D. (también coordinador)

Coordinadores
John Freedy, Ph.D.
Sandra Kaplan, M.D.
David Pelcovitz, Ph.D.
Patty Resick, Ph.D.
Heidi Resnick, Ph.D.
Susan Roth, Ph.D.

Ensayo de campo para la esquizofrenia y trastornos psicóticos afines

Directores del proyecto
Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D. (también coordinador)
Michael A. Flaum, M.D. (también coordinador)

Coordinadores

Xavier Amador, Ph.D.
 H. Stefan Bracha, M.D.
 William Edell, Ph.D.
 Jack Gorman, M.D.
 Kenneth S. Kendler, M.D.
 Jeffrey Lieberman, M.D.
 Thomas McGlashan, M.D.
 Ananda K. Pandurangi, M.D.
 Delbert Robinson, M.D.

Coordinadores voluntarios

Patrick McGorry, M.B.B.S.
 Alfonso Ontiveros, M.D., M.Sc.
 Mauricio Tohen, M.D.

Ensayo de campo para los trastornos del sueño*Directores del proyecto*

Daniel Buysse, M.D. (también coordinador)
 David J. Kupfer, M.D.
 Charles F. Reynolds III, M.D.

Coordinadores

Edward Bixler, M.D.
 Peter Hauri, Ph.D.
 Anthony Kales, M.D.
 Rocco Manfredi, M.D.
 Thomas Roth, Ph.D.
 Edward Stepanski, Ph.D.
 Michael Thorpy, M.D.

Coordinador de datos

Debbie Mesiano, B.S.

Ensayo de campo para los trastornos de somatización*Director del proyecto*

C. Robert Cloninger, M.D.

Coordinadores

Samuel B. Guze, M.D.
 Roger Kathol, M.D.
 Ronald L. Martin, M.D.
 Richard Smith, M.D.
 James J. Strain, M.D.
 Sean Yutzy, M.D.

Ensayo de campo para el trastorno por consumo de sustancias*Directores del proyecto*

Linda Cottler, Ph.D. (también coordinador)
 John E. Helzer, M.D.
 Marc Alan Schuckit, M.D. (también coordinador)

Coordinadores

Thomas Crowley, M.D.
 John R. Hughes, M.D.
 George E. Woody, M.D.

Coordinadores voluntarios

Jean-Pierre Lepine, M.D.

Proyecto de reanálisis de datos de MacArthur

Los proyectos para el reanálisis de datos se fundaron gracias a una beca generosa de la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, que permitió desarrollar una amplia base de datos para la investigación. Agradecemos a Dennis Prager y a la Fundación su gran apoyo. Nuestro sincero agradecimiento a las siguientes personas que hicieron posible los proyectos de reanálisis de datos:

Investigador principal

Allen Frances, M.D.

Investigadores principales adjuntos

Harold Alan Pincus, M.D.

Thomas A. Widiger, Ph.D.

Trastornos de ansiedad

David H. Barlow, Ph.D.

Deborah C. Beidel, Ph.D.

Thomas Burton, B.A.

Michelle G. Craske, Ph.D.

George C. Curtis, M.D.

Peter A. DiNardo, Ph.D.

Abby Fyer, M.D.

Robin Garfinkel, Ph.D.

Richard Heimberg, Ph.D.

Elizabeth M. Hill, Ph.D.

Christopher D. Horning, B.A.

Ewald Horwath, M.D., M.Sc.

James Johnson, Ph.D. (fallecido)

Harlan Juster, Ph.D.

Wayne Katon, M.D.

Gerald L. Klerman, M.D. (fallecido)

Karen Law, B.A.

Andrew Leon, Ph.D.

Michael R. Liebowitz, M.D.

Salvatore Mannuzza, Ph.D.

Jill Mattia, M.A.

Eryn Oberlander, M.D.

Susan Orsillo, M.A.

Peter Roy-Byrne, M.D.

Paul Salkovskis, Ph.D.

Franklin Schneier, M.D.

Samuel M. Turner, Ph.D.

Myrna M. Weissman, Ph.D.

Susan I. Wolk, M.D.

Roberto Zarate, M.A.

Gary Lloyd Gottlieb, M.D.

Dilip V. Jeste, M.D.

Sue Levkoff, D.Sc.

Benjamin Liptzin, M.D.

George W. Rebok, Ph.D.

David Salmon, Ph.D.

Leon Thal, M.D.

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

Brooks Applegate, Ph.D.

Gerald August, Ph.D.

Susan J. Bradley, M.D.

Joel Bregman, M.D.

Patricia Cohen, Ph.D.

Michael Flory, Ph.D.

Susan Folstein, M.D.

Eric Fombonne, M.D.

Barry Garfinkel, M.D.

Richard Green, M.D., J.D.

Stephanie M. Green, M.S.

Jane E. Hood, M.A.

Kate Keenan, M.S.

Benjamin Lahey, Ph.D.

Marion Leboyer, M.D.

Rolf Loeber, Ph.D.

Catherine Lord, Ph.D.

John McLennan, M.D.

Nancy Minshew, M.D.

Rhea Paul, Ph.D.

Andrew Pickles, Ph.D.

Howard M. Rebach, Ph.D.

Mary F. Russo, Ph.D.

Sir Michael Rutter, M.D.

Eric Schopler, Ph.D.

Christopher Thomas, M.D.

Fred Volkmar, M.D.

Katherine Williams, Ph.D.

Kenneth J. Zucker, Ph.D.

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

Michael O. Colvin, M.D.

Marshall Folstein, M.D.

Trastornos de la conducta alimentaria

Arnold Anderson, M.D.

Christopher Fairburn, M.D.

Martine Flament, M.D.
 Paul Garfinkel, M.D.
 Dean Kilpatrick, Ph.D.
 James Mitchell, M.D.
 G. Terence Wilson, Ph.D.
 Steven Wonderlich, M.D.

Trastornos del estado de ánimo

Gregory Asnis, M.D.
 Mark S. Bauer, M.D.
 Diane Bynum
 Joseph Calabrese, M.D.
 William Coryell, M.D.
 David Dunner, M.D.
 Ellen Frank, Ph.D.
 Laszlo Gyulai, M.D.
 Martin B. Keller, M.D.
 James Kocsis, M.D.
 Philip Lavori, Ph.D.
 Yves LeCrubier, M.D.
 Robert M. Post, M.D.
 Samuel J. Simmens, Ph.D.
 Stuart Sotsky, M.D.
 Dan L. Tweed, Ph.D.
 Lindsey Tweed, M.D.
 Peter C. Whybrow, M.D.
 Sharon Younkin

Trastornos de la personalidad

Emil F. Coccaro, M.D.
 Mark Davies, M.D.
 Michael B. First, M.D.
 Robert Hare, Ph.D.
 Theodore Millon, Ph.D.
 Vivian Mitropoulou, M.A.
 Lesly Morey, Ph.D.
 Bruce Pfohl, M.D.
 Lee Robins, Ph.D.
 Larry J. Siever, M.D.
 Jeremy M. Silverman, Ph.D.
 Andrew Edward Skodol II, M.D.
 Timothy Trull, Ph.D.
 Thomas A. Widiger, Ph.D.
 Mary C. Zanarini, Ed.D.

Trastorno disfórico premenstrual

Ellen Frank, Ph.D.
 Ellen W. Freeman, Ph.D.
 Leslie Gise, M.D.
 Judith H. Gold, M.D.
 Barbara Parry, M.D.
 Paula Schnurr, Ph.D.
 Sally Severino, M.D.
 John Steege, M.D.
 Meir Steiner, M.D., Ph.D.

Trastornos psiquiátricos de naturaleza mixta (trastornos adaptativos, disociativos, facticios, de control de impulsos y somatomorfos, y factores psicológicos que afectan al estado físico)

Henry R. Lesieur, M.D.
 Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
 Jeffrey Newcorn, M.D.
 David A. Spiegel, M.D.
 James J. Strain, M.D.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.
 Gretchen Haas, Ph.D.
 Jeffrey Lieberman, M.D.
 Patrick McGorry, M.B.B.S.
 Keith Neuchterlein, Ph.D.
 Mauricio Tohen, M.D.

Trastornos del sueño

Daniel Buysse, M.D.
 Charles F. Reynolds III, M.D.

Trastornos relacionados con sustancias

John Cacciola, Ph.D.
 Linda B. Cottler, Ph.D.
 John E. Helzer, M.D.
 Rumi Price, Ph.D.
 Lee Robins, Ph.D.
 Marc Alan Schuckit, M.D.
 George E. Woody, M.D.

Ensayo de campo de fiabilidad general de MacArthur

Cuando el DSM-IV ya esté publicado, un proyecto adicional financiado por la fundación John D. y Catherine T. MacArthur permitirá recoger más información con respecto a la validez de los criterios DSM-IV. Se espera que a finales de 1995 se podrá disponer de un vídeo sobre el proyecto de ensayo de campo. Agradecemos a las siguientes personas su participación en el proyecto:

Investigador principal

Allen Frances, M.D.
James W. Thompson, M.D., M.P.H.

Investigadores principales adjuntos

Harold Alan Pincus, M.D.
Michael B. First, M.D.
Michael A. Flaum, M.D.
Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H.

Participantes pilotos

Xavier Amador, Ph.D.
Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.
F. M. Baker, M.D.
Donald W. Black, M.D.
Carlos S. Castillo, M.D.
Scott C. Clark, M.D.
William Coryell, M.D.
Lisa B. Dixon, M.D.
Jack E. Downhill, Jr., M.D.
Katherine P. Duffy, M.D.
Jean Endicott, Ph.D.
Michel A. Fauman, M.D., Ph.D.

Miriam Gibbon, M.S.W.
Jack Gorman, M.D.
Paul E. Hogsten, M.D.
Michael L. Jeffries, M.D.
Douglas Langbehn, M.D.
Joseph Liberto, M.D.
David B. Mallot, M.D.
Del D. Miller, Pharm.D., M.D.
Lewis A. Opler, M.D., Ph.D.
Jill A. RachBeisel, M.D.
Robert P. Schwartz, M.D.
Andrew Edward Skodol II, M.D.
David H. Strauss, M.D.
Scott Stuart, M.D.
Janet B. W. Williams, D.S.W.
Catherine Woodman, M.D.

Coordinador de proyecto

Jennifer Norbeck, M.S.W.

Consultor de vídeo

Vincent Clayton, M.A.

Participantes en la fase de expertos

Las siguientes personas representan los participantes en el proyecto en el momento en que el DSM-IV se envió a impresión. Cabe esperar que otros centros y personas se incorporen más tarde al proyecto.

- | | |
|--|---|
| Jonathan Alpert, M.D. | Kathleen Kim, M.D., M.P.H. |
| Katherine Attala, M.D. | Carolyn M. Mazure, Ph.D. (también coordinador) |
| David Avery, M.D. | Joseph P. McEvoy, M.D. |
| Mónica Ramírez Basco, Ph.D. | Arnold Merrimam, M.D. |
| Marck S. Bauer, M.D. (también coordinador) | Timothy I. Mueller, M.D. |
| Thomas F. Betzler, M.D. | Andrew Nierenberg, M.D. |
| Melanie M. Biggs, Ph.D. (también coordinador) | Michael Otto, Ph.D. |
| Robert J. Bishop, M.D. | Michelle Pato, M.D. |
| Danielle Bordeau, M.D. | Joel Pava, Ph.D. |
| Malcom B. Bowers, Jr., M.D. | Katharine Anne Phillips, M.D. (también coordinador) |
| Gary Bruss, Ph.D. | Mark Pollack, M.D. |
| Peter Buckley, M.D. | Horatio Preval, M.D. |
| Deborah S. Cowley, M.D. | David W. Preven, M.D. (también coordinador) |
| Brian Cox, Ph.D. | Richard Ries, M.D. |
| James David, M.D. | Robert C. Risinger, M.D. |
| Collette De Marneffe, Ph.D. | Robert Ronis, M.D. |
| Judith Dogin, M.D. | Jerrold F. Rosenbaum, M.D. (también coordinador) |
| Seda Ebrahimi, Ph.D. | Peter Roy-Byrne, M.D. (también coordinador) |
| Jane Eisen, M.D. | Mark Schmidt, M.D. (también coordinador) |
| Maurizio Fava, M.D. | S. Charles Schulz, M.D. |
| Paul Federoff, M.D. | Bruce Schwartz, M.D. |
| Mark K. Fulton, M.D. | Michael Schwartz, M.D. (también coordinador) |
| Diego García-Borreguero, M.D. | Michael J. Sernyak, M.D. |
| Roya Ghadimi, M.D. | Richard Swinson, M.D. |
| David S. Goldbloom, M.D. | Madhukar H. Trivedi, M.D. |
| Reed D. Goldstein, Ph.D. (también coordinador) | Andrea Weiss, M.D. |
| Micael Golinkoff, Ph.D. | Kerrin White, M.D. |
| Peter Goyer, M.D. | Lawrence Wilson, M.D. |
| Alan M. Gruenberg, M.D. | John Worthington, M.D. |
| Michael E. Henry, M.D. | Joan Youchah, M.D. |
| Selby C. Jacobs, M.D. | |
| J. Joel Jeffries, M.B. (también coordinador) | |
| Sheri Johnson, Ph.D. | |

Otras organizaciones relacionadas con la salud

Al principio del proyecto, la Comisión Gestora del DSM-IV invitó a más de 60 asociaciones de la salud a que designaran enlaces con la Comisión Gestora para asegurar la apertura del proceso de revisión y asegurar que los diferentes puntos de vista estuvieran representados. Estas asociaciones señaladas a continuación designaron representantes que recibieron comunicaciones regulares de los grupos de trabajo y de la Comisión Gestora.

| | |
|---|---|
| American Academy of Child and Adolescent Psychiatry | American Occupational Therapy Association |
| American Academy of Family Physicians | American Psychoanalytic Association |
| American Academy of Pediatrics | American Psychological Association |
| American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions | American Psychological Society |
| American Academy of Psychiatry and the Law | American Psychosomatic Society, Inc. |
| American Association for Geriatric Psychiatry | American Society for Adolescent Psychiatry |
| American Association for Marriage and Family Therapy | Association of Departments of Family Medicine |
| American Association of Chairmen of Departments of Psychiatry | Association of Gay and Lesbian Psychiatrists |
| American Association of Directors of Psychiatric Residency Training | Association of Mental Health Clergy |
| American Association of Psychiatric Administrators | Coalition for the Family |
| American Board of Family Practice | Group for the Advancement of Psychiatry |
| American College of Obstetricians and Gynecologists | National Alliance for the Mentally Ill |
| American College of Physicians | National Association of Social Workers |
| American Group Psychotherapy Association | National Association of Veterans Affairs Chiefs of Psychiatry |
| American Health Information Management Association | National Center for Health Statistics |
| American Medical Society on Alcohol and Other Drug Dependencies | National Council of Community Mental Health Centers |
| American Nurses' Association | National Depressive and Manic Depressive Association |
| | National Medical Association |
| | National Mental Health Association |
| | Society of General Internal Medicine |
| | Society of Teachers of Family Medicine |
| | World Health Organization |