



**Mi Universidad**

**LIBRO**

*PSICOPATOLOGIA II*

*LICENCIATURA EN PSICOLOGIA*

*SEPTIMO CUATRIMESTRE*

*SEPTIEMBRE-DICIEMBRE*

---

## Marco Estratégico de Referencia

---

### Antecedentes históricos

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

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

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

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

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los

jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

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

## **Misión**

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

## **Visión**

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

## Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

## Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

## Eslogan

“Mi Universidad”

## ALBORES



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

---

## Psicopatología II

---

### **Objetivo de la materia:**

Comprender y analizar los criterios diagnósticos de los trastornos mentales más comunes que afectan a la población general, así como conocer el diagnóstico diferencial de este y diagnosticar de manera oportuna y correcta.

# INDICE

## **UNIDAD I**

### **GENERALIDADES, TRASTORNO DE BIPOLARIDAD Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS**

- I.1 Generalidades
- I.2 Utilización del manual
- I.3 trastorno mental
- I.4 trastorno bipolar y otros relacionados
  - I.4.1 trastorno bipolar
  - I.4.2 trastorno bipolar II
  - I.4.3 trastorno ciclotímico.
- I.5 trastorno depresivo.
  - I.5.1 trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
  - I.5.2 trastorno depresivo mayor
  - I.5.3 trastorno depresivo persistente (distimia)
  - I.5.4 trastorno disfórico premenstrual

## **UNIDAD II**

- 2.1 ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS
- 2.1 TRASTORNO DELIRANTE
- 2.2 Trastorno psicótico breve
- 2.3 Trastorno esquizofreniforme
- 2.1.4 ESQUIZOFRENIA
- 2.1.5 Trastorno esquizoafectivo.
- 2.1 Catatonía
  - 2.2.1 Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía)



## **UNIDAD III**

### **TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS.**

#### 3.1 DEIRIUM

3.2 Delirium por abstinencia de sustancias

3.3 Otro delirium especificado

3.4 Delirium no especificado

3.5 Trastornos neurocognitivos mayores y leves Trastorno neurocognitivo mayor

Trastorno de depresión mayor.

3.6 Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos

3.7 Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson.

## **IV UNIDAD**

### **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS.**

4.1 Pica

4.2 Trastorno de rumiación

4.3 Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

4.4 Anorexia nerviosa

4.5 Bulimia nerviosa

4.5 Trastorno de atracones

4.7 Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado

4.8 Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado

## Unidad I

# GENERALIDADES, TRASTORNO DE BIPOLARIDAD Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS.

## I.1 GENERALIDADES

La APA publicó en 1844 un predecesor del DSM: una clasificación estadística de los pacientes mentales institucionalizados. Se diseñó para mejorar la comunicación sobre los tipos de pacientes atendidos en los hospitales. Este precursor del DSM también se utilizó como parte del censo completo de Estados Unidos. Después de la II Guerra Mundial, el DSM evolucionó a lo largo de cuatro ediciones hacia un sistema de clasificación de diagnósticos, dirigido a psiquiatras, otros médicos y otros profesionales de la salud mental, que describía las características esenciales de todos los trastornos mentales. La edición actual, el DSM-5, se ha construido con el objetivo de sus predecesores (el más reciente, el DSM-IV-TR, o Texto Revisado, publicado en 2000): el de proporcionar directrices diagnósticas capaces de fundamentar las decisiones terapéuticas y asistenciales.

## I.2 UTILIZACIÓN DEL MANUAL

La introducción contiene bastante información sobre la historia y el proceso de desarrollo de la revisión del DSM-5. Esta sección se ha diseñado como guía práctica para la utilización del DSM-5, en particular, en la práctica clínica. El objetivo principal del DSM-5 consiste en ayudar a los profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes, como parte de la valoración de un caso que permita elaborar un plan de tratamiento perfectamente documentado para cada individuo. Los síntomas que se incluyen en cada uno de los conjuntos de criterios diagnósticos no constituyen una definición integral de los trastornos subyacentes, que abarcan todos los procesos cognitivos, emocionales, de comportamiento y fisiológicos y son bastante más complejos de lo que se puede explicar en estos breves resúmenes. Lo que se pretende es más bien que sea un resumen de los síndromes característicos, con los signos y síntomas que apuntan hacia el trastorno de base,

con la historia evolutiva característica, sus factores de riesgo biológico y ambientales, sus correlaciones neuropsicológicas y fisiológicas, y su curso clínico típico.

### **I.3 TRASTORNO MENTAL**

Cada uno de los trastornos identificados en la Sección II del manual (excepto los de los capítulos titulados "Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos" y "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica") debe cumplir la definición de trastorno mental. Aunque ninguna definición puede abarcar todos los aspectos de todos los trastornos que contiene el DSM-5, se deben cumplir los siguientes elementos:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta pre-decible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente.

### **I.4 TRASTORNO BIPOLAR Y OTROS RELACIONADOS.**

El trastorno bipolar y los trastornos relacionados están, en el DSM-5, separados de los trastornos depresivos y situados entre el capítulo dedicado al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y el dedicado a los trastornos depresivos, en reconocimiento de su condición de puente entre las dos clases diagnósticas en términos de sintomatología, historia familiar y genética. Los diagnósticos incluidos en este capítulo son los de trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar y relacionados inducido por sustancias/medicamentos, trastorno bipolar y trastornos relacionados debido a otra

afección médica, otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, y trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado.

Los criterios del trastorno bipolar I representan la conceptualización moderna del clásico trastorno maníaco-depresivo o psicosis afectiva que se describió en el siglo XIX, diferenciándose de la descripción clásica sólo en que ni la psicosis, ni la experiencia de un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida son requisitos.

Sin embargo, la mayor parte de los individuos cuyos síntomas reúnen los criterios del episodio maníaco sindrómico completo también experimenta episodios depresivos mayores durante el curso de sus vidas.

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

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

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

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

## 1.4.1 TRASTORNO BIPOLAR

### Criterios diagnósticos

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

### Episodio maníaco

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

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

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

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

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

**Nota:** Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

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

### **Episodio hipomaníaco**

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

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

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

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

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

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

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

E El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento).

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

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

### **Episodio de depresión mayor**

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

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

I. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación

por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

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

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

4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.

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

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

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

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

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

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

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

**Nota:** Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor. Los episodios de depresión mayor son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

**Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida,



también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.'

## **Trastorno bipolar I**

A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco (Criterios A-D en "Episodio maníaco" antes citados).

B. La aparición del episodio(s) maníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

### **✓ Procedimientos de codificación y registro**

El código diagnóstico del trastorno bipolar I se basa en el tipo de episodio actual o más reciente, así como en la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio maníaco o de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo se indican si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco, hipomaniaco o de depresión mayor.

### **✓ Características diagnósticas**

El rasgo esencial de un episodio maníaco es un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal o persistente de la actividad

o la energía que está presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 1 semana (o de cualquier duración si se requiere hospitalización), acompañado de al menos tres síntomas adicionales del Criterio B. Si el estado de ánimo es irritable más que elevado o expansivo, deben presentarse al menos cuatro síntomas del Criterio B.

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

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

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

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

Uno de los rasgos más frecuentes es una menor necesidad de sueño (Criterio I32) que es distinta del insomnio, en el que el individuo quiere dormir o siente la necesidad de dormir pero no puede. El individuo duerme poco, si es que duerme, o se despierta varias horas antes de lo habitual, sintiéndose descansado y lleno de energía. Cuando la alteración del sueño es grave, el individuo puede estar varios días sin dormir y, sin embargo, no sentirse cansado. A menudo una menor necesidad de sueño avisa del comienzo de un episodio maníaco.

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

Los pensamientos del individuo van a menudo más rápido de lo que puede expresar verbalmente (Criterio I34). Con frecuencia hay fuga de ideas, que se evidencia por un flujo del discurso casi continuo y acelerado que repentinamente se desplaza de un tema a otro. Cuando la fuga de ideas es grave, el discurso se vuelve desorganizado, incoherente y, en particular, estresante para el individuo. A veces se experimenta que existe tal acumulación de pensamientos que es difícil expresarlos. La distraibilidad (Criterio B5) se evidencia por incapacidad para ignorar los estímulos ambientales externos (p. ej., la vestimenta del entrevistador, los ruidos o conversaciones de fondo, el mobiliario de la estancia), lo que impide a

menudo que los sujetos con manía puedan mantener una conversación racional o atender a instrucciones.

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

El criterio de aumento de la actividad puede ser difícil de reconocer en los niños; sin embargo, un niño que realiza muchas actividades a la vez, que comienza a idear planes elaborados y poco realistas sobre proyectos, y que desarrolla preocupaciones sexuales previamente ausentes e inadecuadas para su desarrollo (que no sean explicables por el abuso sexual o por la exposición a material de contenido sexual explícito) cumpliría el Criterio B sobre la base del juicio clínico. Es imprescindible determinar si la conducta supone un cambio respecto de la conducta habitual del niño, si ocurre la mayor parte del día, casi todos los días, para cumplir el requisito temporal, y si ocurre al mismo tiempo que otros síntomas de manía. El humor expansivo, el exceso de optimismo, la grandiosidad y la falta de juicio a menudo llevan a realizar actividades imprudentes, como gastos excesivos, el regalo de las posesiones, la conducción temeraria, inversiones insensatas en negocios y una promiscuidad sexual que es inusual para el individuo, aunque estas actividades probablemente tengan repercusiones catastróficas (Criterio B7). El individuo puede comprar muchas cosas innecesarias sin tener dinero para pagarlas y, en algunos casos, las regala. La conducta sexual puede conllevar infidelidades o encuentros indiscriminados con extraños, a menudo sin considerar el riesgo

de contraer enfermedades de transmisión sexual o sin tener en cuenta las consecuencias interpersonales.

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

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

## I.4.2 TRASTORNO BIPOLAR II

Criterios diagnósticos 296.89 (F31.81)

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio hipomaniáico actual o pasado y los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado:

### **Episodio hipomaniáico**

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

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

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.

2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).

3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.

Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.

6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.

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

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

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

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

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

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

### **Episodio de depresión mayor**

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

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

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

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

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

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

**C. Nota:** Los Criterios A-C anteriores constituyen un episodio de depresión mayor.

**Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tris-teza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso des-critas en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser incomprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atenta-mente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del indi-viduo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.'



## 1.4.1 TRASTORNO BIPOLAR

### Criterios diagnósticos

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

### Episodio maníaco

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

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

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

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

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

**Nota:** Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

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

### **Episodio hipomaníaco**

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

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

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

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

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

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

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

E El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento).

**Nota:** Un episodio hipomaniaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio hipomaniaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaniaco, ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

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

### **Episodio de depresión mayor**

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

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

I. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación

por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

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

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

4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.

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

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

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

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

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

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

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

**Nota:** Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor. Los episodios de depresión mayor son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

**Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida,

también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.'

### **Trastorno bipolar I**

A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco (Criterios A-D en "Episodio maníaco" antes citados).

B. La aparición del episodio(s) maníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

#### ✓ **Procedimientos de codificación y registro**

El código diagnóstico del trastorno bipolar I se basa en el tipo de episodio actual o más reciente, así como en la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio maníaco o de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo se indican si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco, hipomaniaco o de depresión mayor.

#### ✓ **Características diagnósticas**

El rasgo esencial de un episodio maníaco es un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal o persistente de la actividad

o la energía que está presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 1 semana (o de cualquier duración si se requiere hospitalización), acompañado de al menos tres síntomas adicionales del Criterio B. Si el estado de ánimo es irritable más que elevado o expansivo, deben presentarse al menos cuatro síntomas del Criterio B.

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

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

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

debería considerar satisfecho cuando ese convencimiento sigue presente a pesar de existir pruebas claras de lo contrario o si el niño intenta una hazaña que es claramente peligrosa y, lo que es más importante, si ésta representa un cambio en la conducta habitual del niño.

Uno de los rasgos más frecuentes es una menor necesidad de sueño (Criterio I32) que es distinta del insomnio, en el que el individuo quiere dormir o siente la necesidad de dormir pero no puede. El individuo duerme poco, si es que duerme, o se despierta varias horas antes de lo habitual, sintiéndose descansado y lleno de energía. Cuando la alteración del sueño es grave, el individuo puede estar varios días sin dormir y, sin embargo, no sentirse cansado. A menudo una menor necesidad de sueño avisa del comienzo de un episodio maníaco.

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

Los pensamientos del individuo van a menudo más rápido de lo que puede expresar verbalmente (Criterio I34). Con frecuencia hay fuga de ideas, que se evidencia por un flujo del discurso casi continuo y acelerado que repentinamente se desplaza de un tema a otro. Cuando la fuga de ideas es grave, el discurso se vuelve desorganizado, incoherente y, en particular, estresante para el individuo. A veces se experimenta que existe tal acumulación de pensamientos que es difícil expresarlos. La distraibilidad (Criterio B5) se evidencia por incapacidad para ignorar los estímulos ambientales externos (p. ej., la vestimenta del entre-

vistador, los ruidos o conversaciones de fondo, el mobiliario de la estancia), lo que impide a menudo que los sujetos con manía puedan mantener una conversación racional o atender a instrucciones.

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

El criterio de aumento de la actividad puede ser difícil de reconocer en los niños; sin embargo, un niño que realiza muchas actividades a la vez, que comienza a idear planes elaborados y poco realistas sobre proyectos, y que desarrolla preocupaciones sexuales previamente ausentes e inadecuadas para su desarrollo (que no sean explicables por el abuso sexual o por la exposición a material de contenido sexual explícito) cumpliría el Criterio B sobre la base del juicio clínico. Es imprescindible determinar si la conducta supone un cambio respecto de la conducta habitual del niño, si ocurre la mayor parte del día, casi todos los días, para cumplir el requisito temporal, y si ocurre al mismo tiempo que otros síntomas de manía. El humor expansivo, el exceso de optimismo, la grandiosidad y la falta de juicio a menudo llevan a realizar actividades imprudentes, como gastos excesivos, el regalo de las posesiones, la conducción temeraria, inversiones insensatas en negocios y una promiscuidad sexual que es inusual para el individuo, aunque estas actividades probablemente tengan repercusiones catastróficas (Criterio B7). El individuo puede comprar muchas cosas innecesarias sin tener dinero para pagarlas y, en algunos casos, las regala. La conducta sexual puede conllevar infidelidades o encuentros indiscriminados con extraños, a menudo sin considerar el riesgo



de contraer enfermedades de transmisión sexual o sin tener en cuenta las consecuencias interpersonales.

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

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

## 1.4.2 TRASTORNO BIPOLAR II

Criterios diagnósticos 296.89 (F31.81)

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio hipomaniáico actual o pasado y los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado:

### **Episodio hipomaniáico**

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

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

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

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

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

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

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

**Nota:** Un episodio hipomaniaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente síndromico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio hipomaniaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaniaco, ni indican necesariamente una diátesis bipolar.

### **Episodio de depresión mayor**

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

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

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

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

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

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

**C. Nota:** Los Criterios A-C anteriores constituyen un episodio de depresión mayor.

**Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tris-teza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso des-critas en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser incomprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atenta-mente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del indi-viduo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.'

## Trastorno bipolar II

A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaniaco (Criterios A-F en "Episodio hipomaniaco" antes citado) y al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A-C en "Episodio de depresión mayor" antes citado).

B. Nunca ha habido un episodio maniaco.

C. La aparición del episodio(s) hipomaniaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

D. Los síntomas de depresión o la incertidumbre causada por la alternancia frecuente de períodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

### Procedimientos de codificación y registro

El trastorno bipolar II tiene un código diagnóstico: 296.89 (F31.81). Su gravedad actual, la presencia de características psicóticas, el curso y otros especificadores no se pueden codificar, pero deberían indicarse por escrito (p. ej., 296.89 [F31.81] trastorno bipolar II, episodio depresivo actual, gravedad moderada, con características mixtas; 296.89 [F31.81] trastorno bipolar II, episodio depresivo más frecuente, en remisión parcial).

Especificar el episodio actual o más reciente:

#### Hipomaniaco

#### Depresivo

Especificar sí:

**Con ansiedad** (pág. 149)

**Con características mixtas** (págs. 149-150)

**Con ciclos rápidos** (págs. 150-151)

**Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo** (pág. 152)

**Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo** (pág. 152)

**Con catatonía** (pág. 152). **Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).

**Con inicio en el periparto** (págs. 152-153)

**Con patrón estacional** (págs. 153-154): Sólo se aplica al patrón de episodios de depresión mayor.

Especificar el curso si no se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo:

**En remisión parcial** (pág. 154) **En remisión total** (pág. 154)

Especificar la gravedad si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo:

**Leve**

**Moderado**

**Grave**

#### ✓ **Características diagnósticas**

El trastorno bipolar II se caracteriza por un curso clínico con episodios afectivos recurrentes consistentes en uno o más episodios de depresión mayor (Criterios A—C en "Episodio de depresión mayor") y, al menos, un episodio hipomaniaco (Criterios A—F en "Episodio hipomaniaco"). El episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas y el episodio hipomaniaco debe durar al menos 4 días para que se cumplan los criterios diagnósticos. Durante el episodio afectivo, los síntomas requeridos para el diagnóstico deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, y deben suponer un cambio apreciable del funcionamiento y la conducta habituales del sujeto. La presencia de un episodio maniaco durante el curso de la enfermedad descarta el diagnóstico de trastorno bipolar II (Criterio B en "Trastorno bipolar II"). Los episodios de trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, de trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastornos relacionados (que suponen los efectos fisiológicos de una medicación, de otro tratamiento somático para la depresión, de una droga de abuso o de la exposición a tóxicos), de trastorno depresivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica, o de trastorno bipolar o trastornos relacionados debidos a otra afección médica no cuentan para el diagnóstico de trastorno bipolar II a menos que persistan más allá de los efectos fisiológicos del tratamiento o la sustancia y si se cumple el criterio de duración del episodio.

Además, los episodios no pueden explicarse mejor mediante el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos al diagnóstico de esquizofrenia, de trastorno esquizofreniforme, de trastorno delirante o de otros trastornos especificados o sin especificar del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (Criterio C en "Trastorno bipolar II"). Los episodios depresivos o las fluctuaciones hipomaniacas deben causar un malestar clínicamente significativo o una alteración del rendimiento social, laboral o en otras áreas (Criterio D en "Trastorno bipolar II"); sin embargo, este requisito no se tiene que cumplir para los episodios hipomaniacos. Un episodio hipomaniaco que causara una alteración significativa reuniría probablemente más condiciones para el diagnóstico de episodio maniaco y, por tanto, para el diagnóstico de trastorno bipolar I. Los episodios depresivos mayores recurrentes son más frecuentes y más prolongados que los que aparecen en el trastorno bipolar I.

Los pacientes con trastorno bipolar II normalmente acuden al facultativo durante un episodio depresivo mayor y es poco probable que se quejen inicialmente de síntomas de hipomanía. Normalmente, los episodios hipomaniacos no causan por sí mismos disfunción. En cambio, la disfunción es consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón persistente de cambios impredecibles y fluctuantes del estado de ánimo y de un patrón de relaciones interpersonales o laborales poco fiables. Los pacientes con trastorno bipolar II puede que no vean los episodios hipomaniacos como patológicos o desfavorables, aunque el comportamiento errático del individuo pueda molestar a otras personas.

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

No debería confundirse el episodio hipomaniaco con los días de eutimia con recuperación de la energía o la actividad que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor. A pesar de las diferencias sustanciales de duración y gravedad entre un episodio maniaco y uno hipomaniaco, el trastorno bipolar II no es una forma leve de trastorno bipolar I. En comparación con los pacientes con trastorno bipolar I, los pacientes con trastorno bipolar II

presentan mayor cronicidad y pasan, de promedio, más tiempo en la fase depresiva de su enfermedad, lo que puede resultar grave y discapacitante. En las personas con trastorno bipolar II, sobre todo en las mujeres, son frecuentes los síntomas depresivos que aparecen durante los episodios hipomaniacos y los síntomas hipomaniacos que se presentan durante los episodios depresivos, concretamente la hipomanía con rasgos mixtos. Los pacientes que presentan hipomanía con rasgos mixtos puede que no reconozcan sus síntomas como de hipomanía. En vez de ello, los experimentan como una depresión con aumento de energía o irritabilidad.

### ✓ **Diagnóstico diferencial**

**Trastorno depresivo mayor.** Quizás el diagnóstico diferencial más complicado sea con el trastorno depresivo mayor, que puede acompañarse de síntomas hipomaniacos o maniacos que no reúnen todos los criterios (p. ej., menos síntomas o una menor duración que la requerida para un episodio hipomaniaco). Esto es especialmente importante al evaluar pacientes con síntomas de irritabilidad, que se pueden asociar al trastorno depresivo mayor o el trastorno bipolar II.

**Trastorno ciclotímico.** En el trastorno ciclotímico hay bastantes períodos de síntomas hipomaniacos y períodos de síntomas depresivos que no reúnen los criterios sintomáticos o de la duración del episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios de depresión mayor. Si apareciera un episodio depresivo mayor tras los primeros dos años de un trastorno ciclotímico, se realizaría el diagnóstico de trastorno bipolar II.

**Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.** El trastorno bipolar II debe distinguirse de los trastornos psicóticos (p. ej., trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y trastorno delirante). La esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante se caracterizan por períodos de síntomas psicóticos que aparecen en ausencia de síntomas afectivos prominentes. Otras consideraciones que pueden ser útiles hacen referencia a los síntomas acompañantes, el curso previo y la historia familiar.

**Trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad.** En el diagnóstico diferencial se deben considerar los trastornos de ansiedad, que a menudo se presentan de modo concomitante.



Trastornos por abuso de sustancias. Los trastornos por abuso de sustancias se incluyen en el diagnóstico diferencial.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) puede confundirse con el trastorno bipolar II, especialmente en los niños y en los adolescentes y la menor necesidad de sueño, se solapan con los síntomas de hipomanía. Se podría evitar la "doble contabilidad" de los síntomas, tanto del TDAH como del trastorno bipolar II, si el clínico clarifica si los síntomas suponen o no un episodio diferente y si existe o no el aumento apreciable del estado basal que se requiere para el diagnóstico de trastorno bipolar II.

Trastornos de personalidad. El mismo convenio que se aplica para el TDAH también es válido cuando se evalúa a un paciente con trastorno de la personalidad, ya que la labilidad afectiva y la impulsividad son tan frecuentes en los trastornos de la personalidad como en el trastorno bipolar II. Los síntomas deben suponer un episodio diferente y debe existir el incremento apreciable sobre el estado basal que se requiere para el diagnóstico de trastorno bipolar II. No se debería realizar un diagnóstico de trastorno de la personalidad durante un episodio afectivo sin tratar, a menos que la historia vitalicia avale la presencia de un trastorno de la personalidad.

Otros trastornos bipolares. El diagnóstico de trastorno bipolar II se debería diferenciar del trastorno bipolar I considerando con cuidado si han existido en el pasado episodios de manía, de otros trastornos bipolares, especificados o sin especificar, o de otros trastornos relacionados, y confirmando la presencia de un síndrome completo de hipomanía y de depresión.

### 1.4.3 Trastorno ciclotímico.

Criterios diagnósticos 301.13

- A. Durante dos años como mínimo (al menos un año en niños y adolescentes) han existido numerosos períodos con síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio hipo-maniaco, y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.
- B. Durante el período de dos años citado anteriormente (un año en niños y adolescentes), los períodos hipomaniacos y depresivos han estado presentes al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos.
- C. Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaniaco.
- D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.
- E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

**Con ansiedad**

#### ✓ **Características diagnósticas**

El rasgo principal del trastorno ciclotímico es una alteración crónica y fluctuante del estado de ánimo que conlleva numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y períodos de síntomas depresivos que son distintos entre sí (Criterio A). Los síntomas hipomaniacos son insuficientes en número, gravedad, generalización o duración para cumplir los criterios de un episodio hipo-maniaco, y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, generalización o duración para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.

Durante los dos primeros años (un año en el caso de los niños o los adolescentes), los síntomas deben ser persistentes (pre-sentes la mayor parte de los días), y ningún intervalo libre de síntomas debe durar más de dos meses (Criterio B). Se realiza el diagnóstico de trastorno ciclotímico sólo si no se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco (Criterio C). Si un paciente con trastorno ciclotímico presenta posteriormente (p. ej., tras los dos primeros años en los adultos o un año en los niños y los adolescentes) un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco, se cambia el diagnóstico por el de trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I u otro trastorno bipolar especificado o sin especificar y trastornos relacionados (subclasificado como episodio hipomaníaco sin episodio depresivo mayor anterior), respectivamente, y se descarta el diagnóstico de trastorno ciclotímico.

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

### ✓ **Diagnóstico diferencial**

Trastorno bipolar y trastornos relacionados debidos a otra afección médica y trastorno depresivo debido a otra afección médica. El diagnóstico de trastorno bipolar y trastornos relacionados debidos a otra afección médica y trastorno depresivo debido a otra afección médica se realiza cuando la alteración del ánimo es atribuible a los efectos fisiológicos de una afección médica específica, normalmente crónica (p. ej., el hipertiroidismo). Esta atribución se basa en la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio. Si se considera que los síntomas hipomaniacos o depresivos no son consecuencia fisiológica de la afección médica, entonces se codifica tanto el trastorno mental primario (p. ej., el trastorno ciclotímico) como la afección médica. Por ejemplo, éste sería el caso si los síntomas afectivos fueran la consecuencia psicológica (y no fisiológica) de una afección médica crónica o si no hubiera relación etiológica entre los síntomas hipomaniacos o los depresivos y la afección médica.

Trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastornos relacionados, y trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastornos relacionados, y el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos se distinguen del trastorno ciclotímico al valorar que existe una sustancia/medicamento (especialmente los estimulantes) que está relacionada etiológicamente con la alteración del estado de ánimo. Los frecuentes cambios de humor de estos trastornos, que sugieren un trastorno ciclotímico, normalmente desaparecen tras el cese del uso de la sustancia /medicamento.

Trastorno bipolar I, con ciclos rápidos, y trastorno bipolar II, con ciclos rápidos. Ambos trastornos pueden asemejarse al trastorno ciclotímico debido a los frecuentes y marcados cambios de humor. Por definición, en el trastorno ciclotímico nunca llegan a cumplirse los criterios de un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaniaco, mientras que el especificador "con ciclos rápidos" de los trastornos bipolar I y bipolar II requiere que haya un episodio completo de alteración del estado de ánimo.

Trastorno límite de la personalidad. El trastorno límite de la personalidad se asocia a cambios marcados del ánimo, lo que puede sugerir un trastorno ciclotímico. Si se reúnen los criterios de ambos trastornos, se deberían diagnosticar tanto el trastorno límite de la personalidad como el trastorno ciclotímico.

## **I.5 TRASTORNO DEPRESIVO.**

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

### **I.5.1 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo**

296.99 (F34.8)

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

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

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

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

E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

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

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

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco. **Nota:** La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

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

**Nota:** Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

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

### ✓ **Características diagnósticas**

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

Se debe distinguir cuidadosamente la presentación clínica del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo de las presentaciones de otras afecciones relacionadas, en particular el trastorno bipolar pediátrico. De hecho, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se añadió al DSM-5 para abordar las grandes dudas sobre la inapropiada clasificación y tratamiento de los niños que presentan irritabilidad crónica persistente frente a los niños que presentan un trastorno bipolar clásico (p. ej., episódico).

En los niños, algunos investigadores consideran la irritabilidad grave no episódica como una característica del trastorno bipolar, aunque tanto el DSM-IV como el DSM-5 exigen, para reunir las condiciones para el diagnóstico de trastorno bipolar I, que tanto los niños como los adultos presenten episodios delimitados de manía o hipomanía. Durante las últimas décadas del siglo XX, esta discusión entre los investigadores, de que la irritabilidad grave y no episódica es una manifestación de manía pediátrica, coincidió con un aumento significativo de las tasas con que los clínicos diagnosticaban el trastorno bipolar a sus pacientes pediátricos. Este aumento abrupto en las tasas de diagnóstico parece atribuirse a que los clínicos combinaban al menos dos presentaciones clínicas en una sola categoría. Es decir, que se

habían etiquetado como trastorno bipolar en los niños tanto las presentaciones clásicas episódicas de manía como las presentaciones no episódicas de irritabilidad grave. En el DSM-5, el término trastorno bipolar se reserva explícitamente para las presentaciones episódicas de los síntomas bipolares. El DSM-IV no tenía ningún diagnóstico pensado para diagnosticar a los jóvenes cuyos síntomas distintivos consistían en una irritabilidad muy marcada y no episódica, mientras que el DSM-5, con la inclusión del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, ha aportado una categoría diferente para tales presentaciones.

### ✓ **Diagnóstico diferencial**

Como los niños y los adolescentes con irritabilidad crónica normalmente tienen historias complejas, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se debería hacer considerando la presencia o ausencia de otros trastornos múltiples. A pesar de la necesidad de considerar otros muchos síndromes, se requiere una evaluación minuciosa para diferenciar entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno bipolar y el trastorno negativista desafiante.

**Trastornos bipolares.** El rasgo central que diferencia el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y los trastornos bipolares en los niños está relacionado con el curso longitudinal de los síntomas nucleares. En los niños, al igual que en los adultos, el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II se manifiestan como una enfermedad episódica con episodios delimitados de alteración del estado de ánimo que se pueden diferenciar de la forma de ser habitual del niño. La alteración del estado de ánimo que ocurre durante un episodio maníaco es claramente diferente del estado de ánimo habitual del niño. Además, durante un episodio maníaco, el cambio del estado de ánimo debe acompañarse del comienzo o de un empeoramiento de los síntomas cognitivos, conductuales y físicos asociados (p. ej., distraibilidad, aumento de la actividad dirigida a un fin), que también están presentes en un grado que es claramente diferente del estado basal habitual del niño. Por lo tanto, en el caso del episodio maníaco, los padres (y, dependiendo del nivel de desarrollo, los niños) deberían ser capaces de identificar un período de tiempo determinado en el que el



estado de ánimo y la conducta del niño son significativamente diferentes de lo habitual. En cambio, la irritabilidad del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es persistente y se presenta durante varios meses; aunque puede desaparecer y volver a aparecer hasta cierto punto, la irritabilidad grave es característica del niño con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Por tanto, mientras que los trastornos bipolares son trastornos epi-sódicos, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no lo es. De hecho, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no se puede hacer en un niño que ya haya experimentado alguna vez un episodio de duración completa de hipomanía o manía (irritable o eufórico), o que haya tenido alguna vez un episodio de manía o hipomanía que haya durado más de un día. Otro rasgo central para diferenciar los trastornos bipolares del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es la presencia de un estado de ánimo elevado o expansivo y de grandiosidad. Estos síntomas son características frecuentes de la manía, pero no son específicos del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

**Trastorno negativista desafiante.** Aunque los síntomas del trastorno negativista desafiante se producen normalmente en los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, los síntomas afectivos del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son relativamente raros en los niños con trastorno negativista desafiante. Los rasgos clave que garantizan el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en los niños cuyos síntomas también cumplen los criterios del trastorno negativista desafiante son la presencia de ataques de cólera graves y frecuentes, y una alteración persistente del ánimo entre los ataques. Además, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo requiere una alteración grave en, al menos, un entorno (p. ej., la casa, el colegio o entre los compañeros) y una alteración leve o moderada en un segundo entorno. Por esta razón, mientras que la mayoría de los niños cuyos síntomas cumplen los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo van a tener también una presentación que cumpla los criterios del trastorno negativista desafiante, lo contrario no suele ocurrir. Es decir, en sólo aproximadamente un 15 % de los pacientes con trastorno negativista desafiante se van a cumplir los criterios del trastorno de

desregulación disruptiva del estado de ánimo. Además, incluso en los niños que cumplen los criterios de los dos diagnósticos, sólo se debería hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Finalmente, tanto los síntomas afectivos destacados del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo como el alto riesgo de trastornos depresivos y de ansiedad que muestran los estudios de seguimiento justifican la colocación del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo entre los trastornos depresivos en el DSM-5 (el trastorno negativista desafiante se incluye en el capítulo "Trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta"). Esto refleja el componente afectivo que presentan los pacientes con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, más destacado que el de los pacientes con trastorno negativista desafiante. Sin embargo, hay que hacer notar que el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo parece conllevar un alto riesgo de problemas conductuales y afectivos.

**Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad, y trastorno del espectro autista.** A diferencia de los niños diagnosticados de trastorno bipolar o trastorno negativista desafiante, un niño con síntomas que cumplan los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo también podrá recibir un diagnóstico comórbido de TDAH, trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad. Sin embargo, los niños en que la irritabilidad se presenta solamente en el contexto de un episodio depresivo mayor o un trastorno depresivo persistente (distimia) se deberían diagnosticar de uno de esos trastornos más que de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo pueden tener síntomas que también cumplan los criterios de un trastorno de ansiedad y pueden recibir ambos diagnósticos, si bien los niños cuya irritabilidad se manifiesta sólo en el contexto de una exacerbación del trastorno de ansiedad deberían diagnosticarse del trastorno relevante de ansiedad más que de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Además, los niños con trastornos del espectro autista presentan frecuentemente accesos de ira cuando, por ejemplo, se alteran sus rutinas. En estos casos, los accesos de ira deberían considerarse secundarios al trastorno del espectro

autista y el niño no se debería diagnosticar de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Trastorno explosivo intermitente. Los niños con síntomas sugestivos de un trastorno explosivo intermitente presentan accesos de ira graves muy parecidos a los de los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Sin embargo, al contrario que en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, en el trastorno explosivo intermitente no se requiere una alteración persistente del estado de ánimo entre los accesos. Además, el trastorno explosivo intermitente requiere sólo 3 meses de síntomas activos, a diferencia del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que requiere 12 meses. Por lo tanto, no se deberían hacer estos dos diagnósticos en el mismo niño. En los niños con accesos de ira e irritabilidad intercurrentes y persistentes, sólo se debería hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

## 1.5.2 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

### ✓ Criterios diagnósticos.

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

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

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

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

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

4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.

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

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

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

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

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

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

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

**Nota:** Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor.

**Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.'

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

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

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

### **Diagnóstico diferencial**

**Episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos.** Los episodios de depresión mayor con marcado ánimo irritable pueden ser difíciles de diferenciar de los episodios maníacos con ánimo irritable o de los episodios mixtos. Esta distinción requiere una evaluación clínica minuciosa de la presencia de síntomas maníacos.

**Trastorno del humor debido a otra afección médica.** El diagnóstico apropiado es un episodio depresivo mayor y se debería basar en la historia personal, el examen físico y las pruebas de labora-torio, si no se considera que el trastorno del ánimo es consecuencia directa de una afección médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, infarto cerebral, hipotiroidismo).

**Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos.** Este trastorno se distingue del trastorno depresivo mayor por el hecho de que existe una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación, una toxina) que parece estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo. Por ejemplo, el ánimo deprimido que ocurre sólo en el contexto de la abstinencia de cocaína se debería diagnosticar de trastorno depresivo inducido por cocaína.

**Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.** La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustra-ción pueden aparecer tanto en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad

como en el episodio depresivo mayor; si se cumplen los criterios de ambos, se debería diagnosticar el trastorno por déficit de atención/hiperactividad además del trastorno del ánimo. Sin embargo, el clínico debe tener pre-caución para no sobre diagnosticar un episodio depresivo mayor en los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad cuya alteración del ánimo-se caracterice por irritabilidad más que por tristeza o por pérdida de interés.

**Trastorno de adaptación con ánimo deprimido.** El episodio depresivo mayor que ocurre en res-puesta a un factor estresante psicosocial se distingue del trastorno de adaptación con ánimo depri-mido por el hecho de que los criterios diagnósticos completos del episodio depresivo mayor no se cumplen en el trastorno de adaptación.

**Tristeza.** Por último, los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no deberían diagnosticarse de episodio depresivo mayor a menos que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de los nueve síntomas) y duración (p. ej., la mayor parte del día, casi cada día durante al menos dos semanas), y que exista malestar o deterioro clínicamente signifi-cativo. El diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado puede ser apropiado para las presen-taciones de ánimo deprimido con deterioro clínicamente significativo que no cumplan los criterios de duración o de gravedad.

### **1.5.3 Trastorno depresivo persistente (distimia)**

300.4 (F34.1)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

### **Con inicio en el periparto**

Especificar si:

#### **En remisión parcial (pág. 188) En remisión total**

Especificar si:

**Inicio temprano:** Si el inicio es antes de los 21 años. **Inicio tardío:** Si el inicio es a partir de los 21 años.

Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):

**Con síndrome distímico puro:** No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

**Con episodio de depresión mayor persistente:** Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.

**Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual:** Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.

**Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual:** Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

### ✓ **Características diagnósticas**

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes (Criterio A). En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV. La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente.



Los pacientes cuyos síntomas cumplan los criterios del trastorno depresivo mayor durante dos años se deberían diagnosticar de trastorno depresivo persistente además del trastorno depresivo mayor. Los pacientes con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o con el ánimo "por los suelos". Durante los períodos de ánimo deprimido deben presentarse al menos dos de los seis síntomas del Criterio B. Como estos síntomas forman parte de la experiencia diaria del paciente, sobre todo en los casos de inicio temprano (p. ej., "siempre he sido así"), es posible que no se mencionen a menos que se le pregunte al individuo. Durante el período de dos años (de un año en los niños o los adolescentes), cualquier intervalo sin síntomas dura como máximo dos meses (Criterio C).

#### ✓ **Diagnóstico diferencial**

**Trastorno depresivo mayor.** Si existe ánimo deprimido además de dos o más síntomas de los criterios del episodio depresivo persistente durante dos años o más, entonces se realiza el diagnóstico de trastorno depresivo persistente. El diagnóstico depende de la duración de dos años, que lo distingue de los episodios de depresión que duran menos de dos años. Si los síntomas cumplen criterios suficientes para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor en cualquier momento de este período, entonces se debería hacer el diagnóstico de depresión mayor, pero no se codifica como un diagnóstico separado, sino como un especificador del trastorno depresivo persistente. Si los síntomas del paciente cumplen en el momento actual todos los criterios del episodio depresivo mayor, entonces se debería usar el especificador "con episodios intermitentes de depresión mayor con el episodio actual". Si el episodio depresivo mayor ha tenido una duración de al menos dos años y sigue presentándose, entonces se usa el especificador "con episodio de depresión mayor persistente". Cuando no se cumplen todos los criterios del episodio depresivo mayor en el momento actual, pero ha existido al menos un episodio de depresión mayor en el contexto de al menos dos años de síntomas depresivos persistentes, entonces se usa el especificador "con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual". Si el paciente no ha presentado un episodio de depresión mayor en los últimos dos años, entonces se usa el especificador "con síndrome distímico puro".

Trastornos psicóticos. Los síntomas depresivos son un rasgo común que se asocia a los trastornos psicóticos crónicos (p. ej., el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno delirante). No se hace un diagnóstico distinto de trastorno depresivo persistente si los síntomas ocurren durante el curso del trastorno psicótico (incluidas las fases residuales).

Trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica. Se debe distinguir el trastorno depresivo persistente del trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica. El diagnóstico es de trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica si no se considera que las alteraciones anímicas sean atribuibles a los efectos fisiopatológicos directos de una afección médica específica, normalmente crónica, basándose en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio (p. ej., esclerosis múltiple). Si se considera que los síntomas depresivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica, entonces se codifica el trastorno mental primario (p. ej., trastorno depresivo persistente) y la afección médica se considera como una afección médica concomitante (p. ej., diabetes mellitus).

Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno depresivo persistente cuando se considera que hay una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación, una toxina) que podría estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo.

Trastornos de la personalidad. A menudo hay signos de la coexistencia de alteraciones de la personalidad. Cuando la presentación en un individuo cumple los criterios tanto del trastorno depresivo persistente como de un trastorno de la personalidad, se deben realizar ambos diagnósticos.

## 1.5.4 Trastorno disfórico premenstrual

Criterios diagnósticos 625.4 (N94.3)

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

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

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo). 3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.

4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

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

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).

2. Dificultad subjetiva de concentración.

3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.

4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.

5. Hipersomnia o insomnio.

6. Sensación de estar agobiada o sin control.

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

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

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

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

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

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

#### ✓ **Diagnóstico diferencial**

**Síndrome premenstrual.** El síndrome premenstrual difiere del trastorno disfórico premenstrual en que no se requiere un mínimo de cinco síntomas y en que no existe un convenio de síntomas afectivos en las mujeres con síndrome premenstrual. Esta afección puede que sea más frecuente que el trastorno disfórico premenstrual, aunque la prevalencia estimada del síndrome premenstrual varía. Aunque el síndrome premenstrual comparte la característica de que los síntomas aparecen durante la fase pre-menstrual del ciclo menstrual, se le considera por lo general menos grave que el trastorno disfórico premenstrual. La presencia de síntomas físicos o conductuales en la premenstruación, sin los síntomas afectivos requeridos, probablemente cumpla los criterios del síndrome premenstrual y no los del trastorno disfórico premenstrual.

**Dismenorrea.** La dismenorrea es un síndrome de menstruaciones dolorosas que difiere del caracterizado por cambios afectivos. Además, los síntomas de la dismenorrea comienzan al inicio de la menstruación, mientras que los síntomas del trastorno disfórico premenstrual, por definición, comienzan antes del inicio de la menstruación, incluso aunque permanezcan durante los primeros días de ésta.

**Trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente (distimia).** Muchas mujeres con trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor o trastorno depresivo persistente (distimia) (natural o inducido por sustancias/medicamentos) creen que tienen un

trastorno disfórico premenstrual. Sin embargo, cuando exponen los síntomas se dan cuenta de que éstos no siguen un patrón premenstrual. Las mujeres con otro trastorno mental pueden presentar síntomas crónicos o síntomas intermitentes que no se relacionan con la fase del ciclo menstrual. Sin embargo, como el comienzo de la menstruación constituye un hecho fácil de recordar, puede que refieran que los síntomas ocurren sólo durante la fase premenstrual o que los síntomas empeoren antes en la fase premenstrual. Éste es uno de los objetivos para cumplir el requisito de que los síntomas sean con-firmados mediante evaluaciones diarias prospectivas. El proceso del diagnóstico diferencial, en particular si el clínico cuenta sólo con síntomas retrospectivos, se hace más difícil por el solapamiento entre los síntomas del trastorno disfórico premenstrual y algunos otros diagnósticos. El solapamiento de síntomas es particularmente relevante para diferenciar el trastorno disfórico premenstrual del trastorno depresivo mayor, del trastorno depresivo persistente, de los trastornos bipolares y del trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, la tasa de trastornos de la personalidad no es más alta en las mujeres con trastorno disfórico premenstrual que en las que no lo presentan.

Uso de tratamientos hormonales. Algunas mujeres que presentan síntomas premenstruales moderados o graves podrían estar utilizando tratamientos con hormonas, incluidos los anticonceptivos hormonales. Si los síntomas aparecen tras el inicio del uso hormonal exógeno, los síntomas pueden deberse al uso de las hormonas más que a la afección subyacente de un trastorno disfórico premenstrual. Si la mujer suspende las hormonas y los síntomas desaparecen, se puede deducir que se trata de un trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos.

## UNIDAD II

### 2.1 ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico (de la personalidad). Se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos.

#### 2.1 TRASTORNO DELIRANTE

Criterios diagnósticos 297.1 (F22)

Presencia de uno (o más) delirios de un mes o más de duración.

B. Nunca se ha cumplido el Criterio A de esquizofrenia.

**Nota:** Las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante (p. ej., la sensación de estar infestado por insectos asociada a delirios de infestación).

C. Aparte del impacto del delirio(s) o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.

D. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los períodos delirantes.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Especificar si:

**Tipo erotomaniaco:** Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es que otra persona está enamorada del individuo.

**Tipo de grandeza:** Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es la convicción de tener cierto talento o conocimientos (no reconocidos) o de haber hecho algún descubrimiento importante.

**Tipo celotípico:** Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio del individuo es que su cónyuge o amante le es infiel.

**Tipo persecutorio:** Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica la creencia del individuo de que están conspirando en su contra, o que lo engañan, lo espían, lo siguen, lo envenenan o drogan, lo difaman, lo acosan o impiden que consiga objetivos a largo plazo. **Tipo somático:** Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica funciones o sensaciones corporales.

**Tipo mixto:** Este tipo se aplica cuando no predomina ningún tipo de delirio.

**Tipo no especificado:** Este subtipo se aplica cuando el delirio dominante no se puede determinar claramente o no está descrito en los tipos específicos (p. ej., delirios referenciales sin un componente persecutorio o de grandeza importante).

Especificar si:

**Con contenido extravagante:** Los delirios se consideran extravagantes si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente (p. ej., la creencia de un individuo de que un extraño le ha quitado sus órganos internos y se los ha sustituido por los de otro sin dejar heridas ni cicatrices).

Especificar si:

Los siguientes especificadores de evolución sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno:

**Primer episodio, actualmente en episodio agudo:** La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un episodio agudo es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

**Primer episodio, actualmente en remisión parcial:** Remisión parcial es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

**Primer episodio, actualmente en remisión total:** Remisión total es un período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes. **Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo**

**Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial**

**Episodios múltiples, actualmente en remisión total**

**Continuo:** Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con períodos sintomáticos por debajo del umbral que son muy breves en comparación con el curso global.

**No especificado**

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica según una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis que incluye: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

**Nota:** El diagnóstico de trastorno delirante se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

**Subtipos**

En el tipo erotomaniaco, el tema central del delirio es que otra persona está enamorada del paciente. La persona acerca de la cual se mantiene esta convicción suele tener un estatus más alto (p. ej., una persona famosa o un superior en el trabajo), aunque también puede ser un completo desconocido. En el tipo de grandeza, el tema central del delirio es la convicción de tener cierto talento o conocimientos, o de haber hecho algún descubrimiento importante. Con menos frecuencia, el sujeto puede presentar el delirio de que mantiene una relación especial con una persona importante o de que él mismo es una persona importante (en cuyo caso, puede considerar que el sujeto en cuestión es un impostor). Los delirios de grandeza pueden tener un contenido religioso. En el tipo celotípico, el tema central del delirio es que



la pareja es infiel. Se llega a esta creencia sin motivo justificado, basándose en inferencias incorrectas apoyadas en pequeños "indicios" (p. ej., ropa descolocada). Habitualmente, el individuo se encara con su cónyuge o amante e intenta interponerse en la infidelidad imaginada. En el tipo persecutorio, el tema central del delirio implica la creencia del individuo de que están conspirando en su contra o de que lo engañan, lo espían, lo siguen, lo envenenan, lo difaman, lo acosan o impiden que consiga objetivos a largo plazo. Pueden exagerarse pequeños desaires que se convierten en el foco de un sistema delirante. El sujeto afecto puede dedicarse de manera repetida a intentar desquitarse mediante acciones legales o legislativas. Los individuos con delirios persecutorios a menudo se muestran resentidos y enfadados y pueden recurrir a la violencia hacia aquellos que creen que les están haciendo daño. En el tipo somático, el tema central del delirio implica funciones o sensaciones corporales. Los delirios somáticos pueden aparecer de diferentes formas. Las más habituales son las creencias de que el sujeto desprende un olor repugnante, de que hay una infestación de insectos sobre la piel o debajo de ella, de que hay un parásito interno, de que ciertas partes del cuerpo son deformes o feas, o de que hay partes del cuerpo que no funcionan.

#### ✓ **Características diagnósticas**

La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de uno o más delirios que persisten durante al menos 1 mes (Criterio A). No se realiza el diagnóstico de trastorno delirante si el sujeto ha tenido alguna vez una presentación clínica que cumpliera el Criterio A de la esquizofrenia (Criterio B). Aparte del impacto directo producido por los delirios, el deterioro del funcionamiento psicosocial puede estar más circunscrito que en otros trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño (Criterio C). Si se producen episodios del estado de ánimo de manera simultánea a los delirios, la duración total de estos episodios del estado de ánimo es breve en comparación con la duración total de los períodos delirantes (Criterio D). Los delirios no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., la cocaína) o de otra afección médica (p. ej., la enfermedad de Alzheimer), y no se explican mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo (Criterio E).

Además de los cinco dominios sintomáticos identificados en los criterios diagnósticos, es fundamental la evaluación de los dominios de los síntomas cognitivos, depresivos y maníacos para llevar a cabo las distinciones que tienen importancia crítica entre los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

✓ **Diagnóstico diferencial**

**Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.** Si un individuo con trastorno obsesivo-compulsivo está completamente convencido de que sus creencias patológicas son ciertas, se debe hacer un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo con el especificador "ausencia de introspección/con creencias delirantes", en lugar de un diagnóstico de trastorno delirante. De la misma manera, si un sujeto con trastorno dismórfico corporal está completamente convencido de que sus creencias debidas a dicho trastorno son ciertas, se debe hacer un diagnóstico de trastorno dismórfico corporal con el especificador "ausencia de introspección/con creencias delirantes", en lugar de un diagnóstico de trastorno delirante.

**Delirium, trastorno neurocognitivo mayor, trastorno psicótico debido a otra afección médica y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.** Los individuos con estos trastornos pueden presentar síntomas que sugieran un trastorno delirante. Por ejemplo, la presencia de delirios persecutorios en el contexto de un trastorno neurocognitivo mayor sería diagnosticado como trastorno neurocognitivo mayor con alteración del comportamiento. Un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos puede ser transversalmente idéntico, en cuanto a síntomas, a un trastorno delirante, pero se puede diferenciar en base a la relación cronológica del uso de sustancias con el inicio y la remisión de las creencias delirantes.

**Esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme.** El trastorno delirante puede distinguirse de la esquizofrenia y del trastorno esquizofreniforme por la ausencia de los demás síntomas característicos de la fase activa de la esquizofrenia.

**Trastornos depresivos y bipolares y trastorno esquizoafectivo.** Estos trastornos pueden diferenciarse del trastorno delirante por la relación temporal entre la alteración del estado de ánimo y los delirios, y por la gravedad de los síntomas del estado de ánimo. Si los

delirios aparecen única-mente durante los episodios del estado de ánimo, el diagnóstico será de trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. Pueden superponerse al trastorno delirante síntomas afectivos que cumplan los criterios de un trastorno del estado de ánimo. Sólo se puede diagnosticar un trastorno delirante si la duración total de todos los episodios del estado de ánimo es breve en comparación a la duración total de la clínica delirante. En caso contrario, lo apropiado será diagnosticar otro trastorno del espectro de la esquizofrenia, especificado o no especificado y otro trastorno psicótico, acompañado por otro trastorno depresivo especificado, un trastorno depresivo no especificado, otro trastorno bipolar o relacionado especificado, o un trastorno bipolar o relacionado no especificado.

## 2.2 Trastorno psicótico breve.

Criterios diagnósticos 298.8 (F23)

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes. Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.

2. Alucinaciones.

3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).

4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

**Nota:** No incluir un síntoma si es una respuesta aprobada culturalmente.

B. La duración de un episodio del trastorno es al menos de un día pero menos de un mes, con retorno final total al grado de funcionamiento previo a la enfermedad.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas u otro trastorno psicótico como esquizofrenia o catatonía, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a otra afección médica.

Especificar si:

**Con factor(es) de estrés notable(s)** (psicosis reactiva breve). Si los síntomas se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.

**Sin factor(es) de estrés notable(s):** Si los síntomas no se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.

**Con inicio posparto:** Si comienza durante el embarazo o en las primeras 4 semanas después del parto.

Especificar si:

**Con catatonía** (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 119-120).

**Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno psicótico breve para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

**Nota:** El diagnóstico de trastorno psicótico se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

### **Características diagnósticas**

La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que implica el inicio brusco de, al menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente) o comportamiento psicomotor muy anómalo, incluyendo la catatonía (Criterio A). El inicio brusco se define como un cambio de un estado no psicótico a otro claramente psicótico dentro de un período de 2 semanas, habitualmente sin pródromo. Un episodio del trastorno dura al menos 1 día pero menos de 1 mes y el individuo al final retorna por completo al nivel de funcionamiento premórbido (Criterio B). El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, por un trastorno

esquizoafectivo, ni por una esquizofrenia, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un alucinógeno) o de otra afección médica (p. ej., hematoma subdural) (Criterio C).

Además de los cinco dominios sintomáticos, identificados en los criterios diagnósticos, es fundamental la evaluación de los dominios de síntomas cognitivos, depresivos y maníacos para realizar distinciones de importancia crítica entre los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

### **Diagnóstico diferencial**

**Otras afecciones médicas.** Diferentes trastornos médicos pueden manifestarse con síntomas psicológicos de breve duración. El trastorno psicótico debido a otra afección médica y el delirium se diagnostican cuando hay pruebas, a partir de la historia, la exploración física o las pruebas de laboratorio, de que los delirios o las alucinaciones son consecuencia fisiológica directa de una afección médica específica (p. ej., síndrome de Cushing, tumor cerebral) (véase "Trastorno psicótico debido a otra afección médica" más adelante en este capítulo).

**Trastornos relacionados con sustancias.** El trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, el delirium inducido por sustancias y la intoxicación por sustancias se diferencian del trastorno psicótico breve porque se considera que existe una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, la exposición a una toxina) que está relacionada etiológicamente con los síntomas psicóticos (véase "Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos" más adelante en este capítulo). Las pruebas de laboratorio, como la determinación de tóxicos en orina o los niveles de alcohol en sangre, pueden ser útiles para ayudar a dilucidar esta situación, así como una cuidadosa historia del uso de sustancias que preste atención a las relaciones temporales entre el consumo y el inicio de los síntomas, y al tipo de sustancia que se está consumiendo.

**Trastornos depresivos y bipolares.** El diagnóstico de trastorno psicótico breve no puede realizarse si los síntomas psicóticos se explican mejor por un episodio del estado de ánimo (es decir, si los síntomas psicóticos tienen lugar únicamente durante un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto).

**Otros trastornos psicóticos.** Si los síntomas psicóticos persisten durante 1 mes o más, el diagnóstico será de trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, trastorno depresivo con características psicóticas, trastorno bipolar con características psicóticas u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico, dependiendo de los demás síntomas que se presenten. El diagnóstico diferencial entre el trastorno psicótico breve y el trastorno esquizofreniforme es difícil cuando los síntomas psicóticos han remitido antes de 1 mes debido a una buena respuesta a la medicación. Se debe prestar especial atención a la posibilidad de que un trastorno recurrente (p. ej., un trastorno bipolar, las exacerbaciones agudas recurrentes de una esquizofrenia) pueda ser el responsable de que aparezcan episodios psicóticos repetidos.

**Simulación y trastornos facticios.** Un episodio de trastorno facticio con signos y síntomas predominantemente psicológicos puede tener la apariencia de un trastorno psicótico breve, pero en estos casos hay pruebas de que los síntomas se han producido intencionadamente. Cuando la simulación conlleva síntomas aparentemente psicóticos, habitualmente hay indicios de que se está fingiendo la enfermedad para lograr un objetivo comprensible.

**Trastornos de la personalidad.** En algunos sujetos con trastornos de la personalidad, los factores de estrés pueden precipitar breves períodos de síntomas psicóticos. Estos síntomas suelen ser transitorios y no justifican un diagnóstico aparte. Si los síntomas psicóticos persisten durante al menos 1 día, podría convenir realizar un diagnóstico adicional de trastorno psicótico breve.

## 2.3 Trastorno esquizofreniforme

Criterios diagnósticos 295.40 (F20.81)

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.

2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

Un episodio del trastorno dura como mínimo un mes pero menos de seis meses. Cuando el diagnóstico se ha de hacer sin esperar a la recuperación, se calificará como "provisional".

C. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes durante una parte mínima de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) u otra afección médica.

Especificar si:

**Con características de buen pronóstico:** Este especificador requiere la presencia de dos o más de las siguientes características: aparición de síntomas psicóticos notables en las primeras cuatro semanas después del primer cambio apreciable del comportamiento o funcionamiento habitual; confusión o perplejidad; buen funcionamiento social y laboral antes de la enfermedad; y ausencia de afecto embotado o plano.

**Sin características de buen pronóstico:** Este especificador se aplica si no han estado presentes dos o más de las características anteriores.

Especificar si:

**Con catatonía** (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 119-120).

**Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno esquizofreniforme para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor

anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

**Nota:** El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Nota: Véase información adicional sobre las características asociadas que apoyan el diagnóstico, el desarrollo y el curso (factores relacionados con la edad), los aspectos diagnósticos relacionados con la cultura, los aspectos diagnósticos relacionados con el género, el diagnóstico diferencial y las afecciones concomitantes en las secciones correspondientes de la esquizofrenia.

#### ✓ **Características diagnósticas**

Los síntomas característicos del trastorno esquizofreniforme son idénticos a los de la esquizofrenia (Criterio A). El trastorno esquizofreniforme se distingue por su diferente duración: la duración total de la enfermedad, incluidas las fases prodrómica, activa y residual, es de al menos 1 mes pero menor de 6 meses (Criterio B). El requisito de duración del trastorno esquizofreniforme se encuentra entre el del trastorno psicótico breve, que dura más de 1 día y remite antes de 1 mes, y el de la esquizofrenia, que dura al menos 6 meses. El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme se realiza en dos situaciones: 1) cuando un episodio de la enfermedad dura entre 1 y 6 meses y el sujeto ya se ha recuperado, y 2) cuando un individuo tiene síntomas durante menos de los 6 meses requeridos para diagnosticar una esquizofrenia pero todavía no se ha recuperado. En este caso, el diagnóstico debe anotarse como "trastorno esquizofreniforme (provisional)", puesto que no es seguro que el individuo vaya a recuperarse del trastorno dentro del período de 6 meses. Si la alteración persiste más allá de los 6 meses, el diagnóstico debe cambiarse a esquizofrenia.

Otra característica que distingue al trastorno esquizofreniforme es la ausencia de un criterio que requiera deterioro del funcionamiento social y laboral. Aunque, en potencia, dichas



alteraciones puedan estar presentes, no son necesarias para diagnosticar el trastorno esquizofreniforme.

Además de los cinco dominios sintomáticos identificados en los criterios diagnósticos, la evaluación de los dominios de síntomas cognitivos, depresivos y maníacos es fundamental para realizar distinciones de importancia crítica entre los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

### ✓ **Diagnóstico diferencial**

Otros trastornos mentales y afecciones médicas. Una amplia variedad de afecciones mentales y médicas pueden manifestarse con síntomas psicóticos que deben ser considerados en el diagnóstico diferencial del trastorno esquizofreniforme. Son el trastorno psicótico debido a otra afección médica o a su tratamiento, el delirium o el trastorno neurocognitivo mayor, el trastorno psicótico o el delirium inducidos por sustancias/medicamentos, el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, el trastorno esquizoafectivo, otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado o no especificado, el trastorno depresivo o bipolar con características catatónicas, la esquizofrenia, el trastorno psicótico breve, el trastorno delirante, otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico, los trastornos de la personalidad esquizotípica, esquizoide o paranoide, los trastornos del espectro autista, los trastornos de inicio en la infancia con desorganización del lenguaje, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático y el traumatismo cerebral.

Puesto que los criterios diagnósticos del trastorno esquizofreniforme y la esquizofrenia difieren fundamentalmente en la duración de la enfermedad, la discusión acerca del diagnóstico diferencial de la esquizofrenia también se aplica al trastorno esquizofreniforme.

Trastorno psicótico breve. El trastorno esquizofreniforme difiere en su duración del trastorno psicótico breve, cuya duración es inferior a 1 mes.

## 2.1.4 ESQUIZOFRENIA

Criterios diagnósticos 295.90 (F20.9)

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento inter-personal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo

durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

E Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos. **Primer episodio, actualmente en episodio agudo:** La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un episodio agudo es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

**Primer episodio, actualmente en remisión parcial:** Remisión parcial es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

**Primer episodio, actualmente en remisión total:** Remisión total es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes. **Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo:** Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).

**Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial**

**Episodios múltiples, actualmente en remisión total**

**Continuo:** Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

## No especificado

Especificar si:

**Con catatonía** (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 119-120).

**Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

**Nota:** El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

### ✓ **Características diagnósticas**

Los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, aunque ningún síntoma concreto es patognomónico del trastorno. El diagnóstico conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Los sujetos con este trastorno variarán de manera sustancial en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo.

Al menos dos de los síntomas del Criterio A deben estar presentes durante una proporción de tiempo significativa, durante un período de 1 mes o más. Al menos uno de esos síntomas debe ser la presencia clara de delirios (Criterio A1), alucinaciones (Criterio A2) o discurso desorganizado (Criterio A3). También se pueden presentar comportamientos muy

desorganizados o catatónicos (Criterio A4) y síntomas negativos (Criterio A5). En las situaciones en las que los síntomas de la fase activa remiten antes de 1 mes en respuesta al tratamiento, el Criterio A se sigue cumpliendo si el clínico estima que habrían persistido en ausencia de tratamiento.

La esquizofrenia implica un déficit en una o más áreas principales del funcionamiento (Criterio B). Si el trastorno se inicia en la infancia o en la adolescencia, no se alcanza el nivel de funcionamiento esperado. Puede resultar útil comparar al individuo con los hermanos no afectados. La disfunción persiste durante un período sustancial a lo largo del curso del trastorno y no parece ser el resultado directo de ningún síntoma concreto. La abulia (es decir, la disminución de la motivación para realizar actividades dirigidas a lograr una meta, Criterio A5) está relacionada con la disfunción social descrita en el Criterio B. También hay muchos datos que relacionan la disfunción cognitiva (véase más adelante la sección "Características asociadas que apoyan el diagnóstico" de este trastorno) y los déficits en el funcionamiento de los individuos con esquizofrenia.

Algunos signos del trastorno deben persistir durante un período de tiempo continuo de al menos 6 meses (Criterio C). Los síntomas prodrómicos a menudo preceden a la fase activa y puede haber síntomas residuales posteriores, que consisten en formas leves o por debajo del umbral de alucinaciones o delirios. Los sujetos pueden expresar una variedad de creencias poco habituales o extrañas que no son de proporciones delirantes (p. ej., ideas referenciales o pensamiento mágico); pueden tener experiencias perceptivas poco habituales (p. ej., sentir la presencia de una persona que no está a la vista); su discurso puede ser comprensible en general, pero difuso; su comportamiento puede ser poco habitual, pero no muy desorganizado (p. ej., murmurar en público). Los síntomas negativos son comunes en las fases prodrómica y residual y pueden ser graves. Los individuos que habían sido socialmente activos pueden retraerse de sus hábitos previos. Estos comportamientos a menudo son el primer signo del trastorno.

Los síntomas del estado de ánimo y los episodios del estado de ánimo completos son comunes en la esquizofrenia y pueden ser concurrentes con la sintomatología de la fase

activa. Sin embargo, a diferencia de un trastorno del estado de ánimo con características psicóticas, el diagnóstico de esquizofrenia requiere la presencia de delirios o alucinaciones en ausencia de episodios del estado de ánimo. Además, los episodios del estado de ánimo, en total, deben estar presentes sólo durante una parte minoritaria de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

Además de los cinco dominios sintomáticos identificados en los criterios diagnósticos, la evaluación de los dominios de síntomas cognitivos, depresivos y maníacos es fundamental para realizar distinciones de importancia crítica entre los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

#### ✓ **Diagnóstico diferencial**

**Trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar con características psicóticas o catatónicas.** La distinción entre la esquizofrenia y el trastorno depresivo mayor o el trastorno bipolar con características psicóticas o catatonía depende de la relación temporal entre la alteración del ánimo y la psicosis, y de la gravedad de los síntomas depresivos o maníacos. Si los delirios o las alucinaciones aparecen únicamente durante un episodio depresivo mayor o maníaco, el diagnóstico es de trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.

**Trastorno esquizoafectivo.** El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo requiere que un episodio depresivo mayor o maníaco se presente de forma concurrente con los síntomas de la fase activa y que los síntomas del estado de ánimo estén presentes durante la mayor parte de la duración total de los períodos activos.

**Trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico breve.** Estos trastornos tienen una duración menor que la esquizofrenia tal y como especifica el Criterio C, que requiere la presencia de síntomas durante 6 meses. En el trastorno esquizofreniforme, la alteración está presente durante menos de 6 meses, y en el trastorno psicótico breve, los síntomas están presentes durante al menos 1 día pero menos de 1 mes.

**Trastorno delirante.** El trastorno delirante se puede distinguir de la esquizofrenia por la ausencia de otros síntomas característicos de la esquizofrenia (p. ej., delirios, alucinaciones auditivas o visuales prominentes, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico, síntomas negativos).

**Trastorno de la personalidad esquizotípica.** El trastorno de la personalidad esquizotípica puede distinguirse de la esquizofrenia por la presencia de síntomas por debajo del umbral asociados a rasgos de personalidad persistentes.

**Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal.** Los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo y con trastorno dismórfico corporal pueden presentar una introspección escasa o ausente y sus preocupaciones pueden alcanzar proporciones delirantes. Sin embargo, estos trastornos se distinguen de la esquizofrenia por sus obsesiones y compulsiones, la preocupación por el aspecto o el olor corporal, el acaparamiento y los comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo.

**Trastorno de estrés postraumático.** El trastorno de estrés postraumático puede incluir escenas retrospectivas que tengan una cualidad alucinatoria, y la hipervigilancia puede alcanzar proporciones paranoides. Sin embargo, se requiere la presencia de un suceso traumático y los síntomas característicos de revivir o reaccionar al suceso para realizar el diagnóstico.

Trastorno del espectro autista o trastornos de la comunicación. Estos trastornos también pueden presentar síntomas similares a los de un episodio psicótico, pero se distinguen por los déficits de la interacción social con comportamientos repetitivos y restringidos, y por otros déficits cognitivos y de la comunicación, respectivamente. Un individuo con un trastorno del espectro autista o con un trastorno de la comunicación debe presentar síntomas que cumplan los criterios completos de la esquizofrenia, con alucinaciones o delirios prominentes durante al menos 1 mes, para poder recibir el diagnóstico de esquizofrenia como trastorno concurrente.

Otros trastornos mentales asociados con un episodio psicótico. El diagnóstico de esquizofrenia se realiza únicamente cuando el episodio psicótico es persistente y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Los individuos con delirium o con trastorno neurocognitivo mayor o leve pueden presentar síntomas psicóticos, pero éstos tendrán relación temporal con el inicio de los cambios cognitivos que aparecen en dichos trastornos. Los sujetos con un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos pueden presentar los síntomas característicos del Criterio A de la esquizofrenia, pero el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos habitualmente puede distinguirse por la relación cronológica entre el uso de las sustancias y su inicio, y por la remisión de la psicosis en ausencia del uso de dichas sustancias.

### **2.1.5 Trastorno esquizoafectivo.**

A. Un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor) concurrente con el Criterio A de esquizofrenia. Nota: El episodio depresivo mayor ha de incluir el Criterio A1: Depresión del estado de ánimo.

B. Delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) durante todo el curso de la enfermedad.

C. Los síntomas que cumplen los criterios de un episodio mayor del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de la duración total de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

**295.70 (F25.0) Tipo bipolar:** Este subtipo se aplica si un episodio maníaco forma parte de la presentación. También se pueden producir episodios depresivos mayores.

**295.70 (F25.1) Tipo depresivo:** Este subtipo sólo se aplica si episodios depresivos mayores forman parte de la presentación.

Especificar si:

**Con catatonía** (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 119-120).



**Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno esquizoafectivo para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

**Primer episodio, actualmente en episodio agudo:** La primera manifestación del trastorno cumple los criterios requeridos para el diagnóstico en cuanto a síntomas y tiempo. Un episodio agudo es un período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

**Primer episodio, actualmente en remisión parcial:** Remisión parcial es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

**Primer episodio, actualmente en remisión total:** Remisión total es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes. **Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo:** Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).

**Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial**

**Episodios múltiples, actualmente en remisión total**

**Continuo:** Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con períodos sintomáticos por debajo del umbral, muy breves en comparación con el curso global.

**No especificado**

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis que incluye: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los

síntomas de las dimensiones de psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

**Nota:** El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

#### ✓ **Características diagnósticas**

El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se basa en la valoración de un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual el individuo sigue manifestando síntomas activos o residuales de la patología psicótica. El diagnóstico habitualmente, aunque no necesariamente, se hace durante el período de enfermedad psicótica. En algún momento del período debe cumplirse el Criterio A de la esquizofrenia. El Criterio B (disfunción social) y el F (exclusión de un trastorno del espectro autista u otro trastorno de la comunicación de inicio en la infancia) de la esquizofrenia no tienen por qué cumplirse. Además de cumplir el Criterio A de la esquizofrenia, hay un episodio mayor del estado de ánimo (depresivo mayor o maníaco) (Criterio A para el trastorno esquizoafectivo). Puesto que la pérdida de interés o de placer es frecuente en la esquizofrenia, para cumplir el Criterio A del trastorno esquizoafectivo, el episodio depresivo mayor debe cursar con ánimo deprimido de manera generalizada (es decir, que la presencia de una disminución importante del interés o del placer no es suficiente). Los episodios de depresión o de manía están presentes durante la mayor parte de la duración total de la enfermedad (es decir, después de que se cumpla el Criterio A) (Criterio C del trastorno esquizoafectivo). Para diferenciar el trastorno esquizoafectivo de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, los delirios o alucinaciones deben estar presentes durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (depresivo o maníaco) en algún momento de la enfermedad (Criterio B para el trastorno esquizoafectivo). Los síntomas no son atribuibles a los efectos de una sustancia o a otra afección médica (Criterio D del trastorno esquizoafectivo).

El Criterio C del trastorno esquizoafectivo especifica que los síntomas del estado de ánimo que cumplen los criterios de un episodio mayor del estado de ánimo deben estar presentes

durante la mayor parte de las fases activa y residual de la enfermedad. El Criterio C requiere la valoración de los síntomas del estado de ánimo durante todo el curso de la enfermedad psicótica, lo que difiere del criterio del DSM-IV, que únicamente requería una valoración del período actual de la enfermedad. Si los síntomas del estado de ánimo sólo están presentes durante un período relativamente breve, el diagnóstico es de esquizofrenia, no de trastorno esquizoafectivo. A la hora de decidir si la presentación de un individuo cumple el Criterio C, el clínico debe revisar toda la duración de la enfermedad psicótica (es decir, tanto los síntomas activos como los residuales) y determinar cuándo hubo síntomas del estado de ánimo significativos (no tratados o que necesitaron tratamiento con antidepresivos o fármacos estabilizadores del ánimo) acompañando a los síntomas psicóticos. Determinar esto requiere tanto información histórica suficiente como juicio clínico. Por ejemplo, un individuo con antecedentes de 4 años de síntomas activos y residuales de esquizofrenia desarrolla episodios depresivos y maníacos que, tomados en conjunto, no ocupan más de 1 año a lo largo de los 4 años de la historia de la enfermedad psicótica. Esta presentación no cumpliría el Criterio C.

Además de los cinco dominios sintomáticos identificados en los criterios diagnósticos, es fundamental la evaluación de los dominios de síntomas cognitivos, depresivos y maníacos para realizar las distinciones de importancia crítica entre los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

#### ✓ **Diagnóstico diferencial**

**Otros trastornos mentales y afecciones médicas.** Una amplia variedad de afecciones psiquiátricas y médicas se pueden manifestar con síntomas psicóticos y del estado de ánimo, y deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo. Éstas son el trastorno psicótico debido a otra afección médica, el delirium, el trastorno neurocognitivo mayor, el trastorno psicótico y el trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos, los trastornos bipolares con características psicóticas, el trastorno depresivo mayor con características psicóticas, los trastornos depresivo y bipolar con

características catatónicas, los trastornos esquizotípico, esquizoide y paranoide de la personalidad, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme, la esquizofrenia, el trastorno delirante y otros trastornos del espectro de la esquizofrenia especificados y no especificados, y otros trastornos psicóticos. Las afecciones médicas y el uso de sustancias se pueden presentar con una combinación de síntomas psicóticos y del estado de ánimo, por lo que es necesario excluir el trastorno psicótico debido a otra afección médica. Distinguir el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia y de los trastornos depresivos y bipolares con características psicóticas es a menudo difícil. El Criterio C está diseñado para separar el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia y el Criterio B está diseñado para distinguir el trastorno esquizoafectivo de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. En concreto, el trastorno esquizoafectivo puede distinguirse de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas por la presencia de delirios o alucinaciones prominentes durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo. Por el contrario, en los trastornos depresivos o bipolares con características psicóticas, estas características aparecen fundamentalmente durante los episodios del estado de ánimo. Puesto que la proporción relativa de síntomas del estado de ánimo y psicóticos puede cambiar a lo largo del tiempo, el diagnóstico apropiado puede dejar de ser o volver a ser el de trastorno esquizoafectivo (p. ej., un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo por un cuadro depresivo mayor grave y prominente, que dura 3 meses durante los primeros 6 meses de un trastorno psicótico persistente, se cambiaría a esquizofrenia si persisten los síntomas psicóticos activos o los síntomas residuales prominentes durante varios años sin la recurrencia de otro episodio del estado de ánimo).

**Trastorno psicótico debido a otra afección médica.** Otras afecciones médicas y el uso de sustancias pueden manifestarse como una combinación de síntomas psicóticos y del estado de ánimo, por lo que es necesario excluir el trastorno psicótico debido a otra afección médica.

**Esquizofrenia, trastornos bipolar y depresivo.** Distinguir el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia y de los trastornos depresivo y bipolar con características psicóticas es a

menudo difícil. El Criterio C está diseñado para separar el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia, y el Criterio B está diseñado para distinguir el trastorno esquizoafectivo de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. En concreto, el trastorno esquizoafectivo puede distinguirse de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas por la presencia de delirios o alucinaciones prominentes durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo. Por el contrario, en los trastornos depresivos o bipolares con características psicóticas, estas características aparecen fundamentalmente durante los episodios del estado de ánimo. Puesto que la proporción relativa de síntomas del estado de ánimo y psicóticos puede cambiar a lo largo del tiempo, el diagnóstico apropiado puede cambiar y dejar de ser o volver a ser el de trastorno esquizoafectivo (p. ej., un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo por un cuadro depresivo mayor grave y prominente, que dura 3 meses durante los primeros 6 meses de un trastorno psicótico persistente, se cambiaría a esquizofrenia si persisten los síntomas psicóticos activos o los síntomas residuales prominentes durante varios años, sin la recurrencia de otro episodio del estado de ánimo).

## 2.1 Catatonía

La catatonía puede aparecer en el contexto de varios trastornos, incluidos los trastornos del neurodesarrollo, los psicóticos, los bipolares, los depresivos y otras afecciones médicas (p. ej., déficit cerebral de folato, trastornos autoinmunitarios y paraneoplásicos raros). El manual no considera la catatonía como una clase independiente, pero identifica a) la catatonía asociada a otro trastorno mental (p. ej., un trastorno del neurodesarrollo, un trastorno psicótico, un trastorno bipolar, un trastorno depresivo u otro trastorno mental), b) el trastorno catatónico debido a otra afección médica, y c) la catatonía no especificada.

La catatonía se define por la presencia de tres o más de los 12 síntomas psicomotores de los criterios diagnósticos de la catatonía asociada a otro trastorno mental y del trastorno catatónico debido a otra afección médica. La característica esencial de la catatonía es una marcada alteración psicomotora que puede conllevar una disminución de la actividad motriz,

una menor colaboración durante la entrevista o la exploración física y una actividad motora excesiva y peculiar. La presentación clínica de la catatonía puede ser desconcertante, ya que la alteración psicomotora puede oscilar entre una marcada falta de respuesta y una marcada agitación. La inmovilidad motora puede ser grave (estupor) o moderada (catalepsia, flexibilidad cérea). Igualmente, la disminución de la colaboración puede ser grave (mutismo) o moderada (negativismo). Los comportamientos motores excesivos y peculiares pueden ser complejos (p. ej., estereotipias) o simples (agitación) y pueden incluir la ecolalia y la eco-praxia. En casos extremos, el mismo individuo puede oscilar entre una actividad motora disminuida y una actividad motora excesiva. Las características clínicas aparentemente opuestas y las manifestaciones variables del diagnóstico contribuyen a la falta de conocimiento y menor reconocimiento de la catatonía. Durante las fases graves de la catatonía, el individuo puede requerir una supervisión estrecha para evitar la producción de lesiones a sí mismo o a los demás. Hay riesgos potenciales derivados de la malnutrición, el agotamiento, la hiperpirexia y los daños autoinfligidos.

### **2.2.1 Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía)**

293.89 (F06.1)

A. El cuadro clínico está dominado por tres (o más) de los síntomas siguientes:

1. Estupor (es decir, ausencia de actividad psicomotora; no interactuar activamente con el entorno).
2. Catalepsia (es decir, inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad).
3. Flexibilidad cérea (es decir, resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador).
4. Mutismo (es decir, respuesta verbal ausente o escasa [excluir si hay afasia confirmada]).
5. Negativismo (es decir, oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos).

6. Adopción de una postura (es decir, mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad).
7. Manierismo (es decir, caricatura extraña, circunstancial de acciones normales).
8. Estereotipia (es decir, movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos hacia un objetivo).
9. Agitación, no influida por estímulos externos.
10. Muecas.
11. Ecolalia (es decir, imitación del habla de otra persona).
12. Ecopraxia (es decir, imitación de los movimientos de otra persona).

**Nota de codificación:** Cuando se registre el nombre de la afección, indicar el nombre del tras-torno mental asociado (p. ej., 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno depresivo mayor). Codificar en primer lugar el trastorno mental asociado (es decir, trastorno del neurodesarrollo, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor u otro trastorno mental) (p. ej., 295.70 [F25.1] tras-torno esquizoafectivo, tipo depresivo; 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno esquizoafectivo).

#### ✓ **Características diagnósticas**

El diagnóstico de catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de la catatonía) puede utilizarse cuando se cumplen los criterios de la catatonía durante el curso de un trastorno del neurodesarrollo, psicótico, bipolar, depresivo o mental de otro tipo. Es apropiado utilizar el especificador de catatonía cuando el cuadro clínico se caracteriza por una alteración psicomotora marcada e incluye al menos tres de las 12 características diagnósticas enumeradas en el Criterio A. La catatonía se diagnostica normalmente en el entorno hospitalario y aparece hasta en el 35 % de los sujetos con esquizofrenia, pero la mayoría de los casos de catatonía se produce en individuos con trastornos depresivos o bipolares. Antes de utilizar el especificador de catatonía en los trastornos del neurodesarrollo, psicóticos, bipolares, depresivos y otros trastornos mentales, deben descartarse una amplia variedad de afecciones médicas; éstas son, entre otras, las afecciones

médicas debidas a patologías infecciosas, metabólicas o neurológicas (véase "Trastorno catatónico debido a otra afección médica"). La catatonía también puede ser un efecto adverso de un medicamento (véase el capítulo "Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos"). Debido a la gravedad de las complicaciones, se debe prestar especial atención a la posibilidad de que la catatonía sea atribuible al 333.92 (G21.0) síndrome neuroléptico maligno.



## UNIDAD III

### TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS.

Los trastornos neurocognitivos (TNC) (a los que el DSM-IV se refiere como delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos) comienzan con el delirium, seguido de los síndromes del TNC mayor, el TNC leve y sus subtipos etiológicos. Los subtipos del TNC mayor y leve son: TNC debido a la enfermedad de Alzheimer, TNC vascular, TNC con cuerpos de Lewy, TNC debido a la enfermedad de Parkinson, TNC frontotemporal, TNC debido a lesión cerebral traumática, TNC debido a infección por VIH, TNC inducido por sustancias/medicamentos, TNC debido a la enfermedad de Huntington, TNC debido a enfermedad por priones, TNC debido a otra afección médica, TNC debido a múltiples etiologías y TNC no especificado. La categoría de los TNC engloba los trastornos en que el déficit clínico principal es de la función cognitiva y que son adquiridos y no del desarrollo. Aunque los déficits cognitivos están presentes en muchos, si no todos, los trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia, trastornos bipolares), sólo se han incluido en la categoría de los TNC los trastornos cuyas características esenciales son cognitivas. Los TNC son aquellos en los que la disfunción cognitiva no ha estado presente desde el nacimiento o la infancia temprana y, por tanto, representa un declive desde un nivel de funcionamiento adquirido previamente.

Los TNC son únicos entre las categorías del DSM-5, puesto que son síndromes cuya patología subyacente, y a menudo también la etiología, podría en principio determinarse. Las diversas enfermedades subyacentes han sido objeto de amplia investigación, experiencia clínica y consenso de expertos en cuanto a los criterios diagnósticos. Los criterios del DSM-5 para estos trastornos han sido desarrollados a través de una estrecha colaboración con grupos de expertos en cada una de las patologías, y están lo más cercanos posible a los actuales criterios de consenso de cada una. También se aborda la utilidad potencial de los biomarcadores en relación al diagnóstico. La demencia se incluye bajo la entidad recientemente nombrada como trastorno neurocognitivo mayor, aunque el uso del término

demencia no se excluye en los subtipos etiológicos en los que el uso de este término es habitual. Además, el DSM-5 reconoce un nivel menos grave de disfunción cognitiva, el trastorno neurocognitivo leve, que también puede ser objeto de atención clínica y que en el DSM-IV se incluía como trastorno cognoscitivo no especificado. Se presentan los criterios diagnósticos de ambas entidades sindrómicas, tras los cuales aparecen los criterios diagnósticos de los diferentes subtipos etiológicos. A menudo coexisten varios TNC, y las relaciones entre ellos pueden caracterizarse bajo diferentes epígrafes del capítulo, incluyendo el diagnóstico diferencial (p. ej., TNC debido a la enfermedad de Alzheimer frente a TNC vascular), factores de riesgo y pronóstico (p. ej., patología vascular que aumenta la expresión clínica de la enfermedad de Alzheimer) o afecciones concomitantes (p. ej., patología mixta por enfermedad de Alzheimer-enfermedad vascular).

El término demencia se conserva en el DSM-5 para mantener la continuidad y puede utilizarse en aquellos ámbitos en los que médicos y pacientes estén acostumbrados a este término. Aunque demencia es el término utilizado habitualmente para trastornos como las demencias degenerativas que habitualmente afectan a las personas mayores, el término trastorno neurocognitivo se utiliza ampliamente y a menudo se prefiere para los trastornos que afectan a sujetos más jóvenes, como la disfunción secundaria a un traumatismo cerebral o a la infección por el VIH. Además, la definición de TNC mayor es algo más amplia que la del término demencia, ya que los individuos con un declive sustancial en un único dominio pueden recibir este diagnóstico, en particular la categoría DSM-IV de Trastorno amnésico, que ahora se diagnosticaría como TNC mayor debido a otra afección médica y para la cual no se utilizaría el término demencia.

### 3.1 DEIRIUM

#### ✓ Criterios diagnósticos.

A. Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).

- B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
- C. Una alteración cognitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
- D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen datos indicando que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Especificar si:

**Delirium por intoxicación por sustancias:** Este diagnóstico debe establecerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

**Nota de codificación:** En la tabla siguiente se indican los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para el delirium por intoxicación [sustancia específica]. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno por consumo concurrente de una sustancia de la misma clase. Si existe algún trastorno concurrente leve por consumo de una sustancia junto con el delirium por intoxicación con la sustancia, el carácter en 4a posición será "1", y el clínico hará constar "trastorno leve por consumo [de sustancia]" delante del delirium por intoxicación con la sustancia (p. ej., trastorno leve por consumo de cocaína con delirium por intoxicación inducido por la cocaína). Si existe un trastorno concurrente moderado o grave por consumo de una sustancia junto con el delirium por intoxicación con la sustancia, el carácter en 4a posición será "2", y el clínico hará constar "trastorno moderado por consumo [de sustancia]" o "trastorno grave por consumo [de sustancia]", dependiendo de la gravedad del trastorno concurrente por consumo de una sustancia. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de una sustancia (p. ej., después de un consumo importante

puntual de la sustancia), entonces el carácter en 42 posición será "9", y el clínico solamente hará constar el delirium por intoxicación con la sustancia.

**Delirium por abstinencia de sustancia:** Este diagnóstico solamente debe establecerse en lugar de un diagnóstico de síndrome de abstinencia de una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

**Codificar** delirium por abstinencia de [sustancia específica]: **291.0 (F10.231)** alcohol; **292.0 (F11.23)** opiáceo; **292.0 (F13.231)** sedante, hipnótico o ansiolítico; **292.0 (F19.231)** otra sustancia o medicamento (o sustancia o medicamento desconocido).

**Delirium inducido por medicamento:** Este diagnóstico se aplica cuando los síntomas de los Criterios A y C surgen como efecto secundario de un medicamento tomado con receta.

**Nota de codificación:** El código CIE-9-MC para un delirium inducido por [medicamento específico] es **292.81**. El código CIE-10-MC dependerá del tipo de medicamento. Si el medicamento es un opiáceo tomado como se ha recetado, el código es **F11.921**. Si el medicamento es un sedante, hipnótico o ansiolítico tomado como se ha recetado, el código es **F13.921**. Si el medicamento es una sustancia anfetamínica u otro estimulante tomado como se ha recetado, el código es **F15.921**. Para los medicamentos que no pueden incluirse en ninguna de estas clases (p. ej., dexametasona) y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etio-lógico pero se desconoce la clase específica, el código es **F19.921**.

**293.0 (F05) Delirium debido a otra afección médica:** En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración puede atribuirse a una consecuencia fisiológica de otra afección médica.

**Nota de codificación:** Incluya el nombre de la otra afección médica en el nombre del delirium (p. ej., 293.0 [F05] delirium debido a una encefalopatía hepática). La otra afección médica también se debe codificar y citar por separado inmediatamente antes del delirium

debido a ella (p. ej., 572.2 [K72.90] encefalopatía hepática; 293.0 [F05] delirium debido a una encefalopatía hepática).

**293.0 (F05) Delirium debido a etiologías múltiples:** En la anamnesis, en la exploración física o en los análisis clínicos se obtienen evidencias de que el delirium tiene más de una etiología (p. ej., más de una afección médica etiológica, otra afección médica más una intoxicación por una sustancia o un efecto secundario de un medicamento).

Nota de codificación: Utilice varios códigos separados para indicar las etiologías específicas del delirium (p. ej., 572.2 [K72.90] encefalopatía hepática; 293.0 [F05] delirium debido a una insuficiencia hepática; 291.0 [F10.231] delirium por abstinencia alcohólica). Obsérvese que la afección médica etiológica aparece tanto con un código separado que precede al código del delirium, como citada en el delirium a causa de otra afección médica.

Especificar si:

**Agudo:** Dura unas horas o días. **Persistente:** Dura semanas o meses.

Especificar si:

**Hiperactivo:** El individuo tiene un nivel hiperactivo de actividad psicomotora que puede ir acompañado de humor lábil, agitación o rechazo a cooperar con su asistencia médica.

**Hipoactivo:** El individuo tiene un nivel hipoactivo de actividad psicomotora que puede ir acompañado de lentitud y aletargamiento próximos al estupor.

**Nivel de actividad mixto:** El individuo tiene un nivel normal de actividad psicomotora aunque la atención y la percepción estén alteradas. También incluye individuos cuyo nivel de actividad fluctúa rápidamente.

Delirium por intoxicación por sustancias

CIE-9-MC. El nombre del delirium por intoxicación con una sustancia o medicamento comienza con la sustancia específica que se supone que es la causante del delirium (p. ej., cocaína, dexametasona). El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código "otra sustancia" y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

El nombre del trastorno va seguido del curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). A diferencia de los procedimientos de registro de la CIE-10-MC, que combina en un mismo código el delirium por intoxicación con una sustancia o medicamento y el trastorno por consumo de sustancias, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de un delirium por intoxicación, agudo e hiperactivo, en un individuo con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es 292.81 delirium por intoxicación con cocaína, agudo, hiperactivo. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.20 trastorno grave por consumo de cocaína. Si el delirium por intoxicación sucede sin que exista un trastorno concurrente por consumo de sustancia (es decir, después de un consumo importante puntual de una sustancia), no se anota ningún trastorno concurrente por consumo de sustancia (p. ej., 292.81 delirium por intoxicación con fenciclidina, agudo, hipoactivo).

CIE-10-MC. El nombre del delirium por intoxicación con sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante del delirium. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código "otra sustancia" y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Para registrar el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe) y a continuación la palabra "con", seguida del nombre del delirium por intoxicación de sustancias, seguida por el curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). Por ejemplo, en el caso de un delirium por intoxicación, agudo e hiperactivo, en un individuo con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.221 trastorno grave por consumo de cocaína con delirium por

intoxicación con cocaína, agudo, hiperactivo. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de cocaína. Si el delirium por intoxicación se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (es decir, después de un consumo importante puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F16.921 delirium por intoxicación con fenciclidina, agudo, hipoactivo).

### **3.2 Delirium por abstinencia de sustancias.**

CIE-9-MC. El nombre del delirium por abstinencia de una sustancia o medicamento empieza con la sustancia específica que se supone que está provocándolo (p. ej., alcohol). El código diagnóstico se escoge de los códigos específicos de cada sustancia incluidos en la nota de codificación del conjunto de criterios. El nombre del trastorno va seguido del curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). A diferencia del método de registro de la CIE-10-MC, que combina en un único código el delirium por abstinencia de una sustancia o medicamento con el trastorno por consumo de una sustancia, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico distinto para el trastorno por consumo de la sustancia. Por ejemplo, en el caso de un delirium por abstinencia agudo e hiperactivo que sucediera en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico sería 291.0 delirium por trastorno grave por consumo de alcohol, agudo e hiperactivo. También se añade un diagnóstico adicional de 303.90 trastorno grave por consumo de alcohol.

CIE-10-MC. El nombre del delirium por abstinencia de una sustancia o medicamento empieza con la sustancia específica que se supone que está provocándolo (p. ej., alcohol). El código diagnóstico se escoge de los códigos específicos de cada sustancia incluidos en la nota de codificación del conjunto de criterios. Cuando se registra el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo moderado o grave de la sustancia (si existe), seguido de la palabra "con", seguida del nombre del delirium por abstinencia de la sustancia, seguida por el curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica

el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). Por ejemplo, en el caso de un delirium por abstinencia agudo e hiperactivo que sucediera en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico sería F10.231 trastorno grave por consumo de alcohol con delirium por abstinencia alcohólica, agudo e hiperactivo. No se indica un diagnóstico separado para el trastorno grave por consumo de alcohol.

Delirium inducido por medicamentos. El nombre del delirium por intoxicación con un medicamento empieza con la sustancia específica que se considera la causante del delirium (p. ej., dexametasona). El nombre del trastorno va seguido del curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). Por ejemplo, en el caso de un delirium inducido por un medicamento, agudo e hiperactivo, que apareciera en un hombre tratado con dexametasona como se le ha recetado, el diagnóstico es 292.81 (F19.921) delirium inducido por dexametasona, agudo e hiperactivo.

#### ✓ **Diagnóstico diferencial**

Trastornos psicóticos y trastornos bipolares y depresivos con características psicóticas. El delirium que se caracteriza por alucinaciones vívidas, delirios, alteraciones del lenguaje y agitación debe distinguirse del trastorno psicótico breve, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme y otros trastornos psicóticos, y también de los trastornos bipolares y depresivos con características psicóticas.

Trastorno de estrés agudo. El delirium asociado a temor, ansiedad o síntomas disociativos, como la despersonalización, debe distinguirse del trastorno de estrés agudo, que está precipitado por la exposición a un acontecimiento traumático grave.

Simulación y trastorno facticio. El delirium puede distinguirse de estos trastornos en base a la presentación a menudo atípica que aparece en la simulación y el trastorno facticio, y a la ausencia de otra afección médica o sustancia etiológicamente relacionada con la aparente alteración cognitiva.



Otros trastornos neurocognitivos. El problema más común en el diagnóstico diferencial de la con-fusión en los ancianos es distinguir los síntomas del delirium de los de la demencia. El clínico debe determinar si el individuo tiene un delirium, un delirium superpuesto a una TNC preexistente, como el debido a la enfermedad de Alzheimer, o un TNC sin delirium. La tradicional distinción entre el delirium y la demencia en base a lo agudo del inicio y al curso temporal es especialmente difícil en los ancianos que ya tienen un TNC previo no diagnosticado o que desarrollan deterioro cognitivo persistente tras un episodio de delirium.

### 3.3 Otro delirium especificado

780.09 (R41.0)

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un delirium que provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del delirium ni de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos neurocognitivos. La categoría de otro delirium especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico desea comunicar el motivo específico por el que el cuadro clínico no cumple los criterios de ningún delirium ni ningún trastorno neurocognitivo específico. Se anota "Otro delirium especificado" seguido del motivo específico (p. ej., Delirium atenuado).

Un ejemplo de un cuadro clínico que puede especificarse utilizando la designación de "otro especificado" es el siguiente:

**Delirium atenuado:** Este síndrome se aplica en los casos de delirium en que la gravedad del trastorno cognitivo se queda corto con respecto a lo que exige el diagnóstico, o bien cumple algunos de los criterios diagnósticos del delirium pero no todo.

### 3.4 Delirium no especificado

780.09 (R41.0)

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

### 3.5 Trastornos neurocognitivos mayores y leves Trastorno neurocognitivo mayor

#### ✓ Criterios diagnósticos.

- A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:
1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y
  2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B.** Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).
- C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
- D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especificar si debido a:

**Enfermedad de Alzheimer**

**Degeneración del lóbulo frontotemporal**

**Enfermedad por cuerpos de Lewy**

**Enfermedad vascular**

**Traumatismo cerebral**

**Consumo de sustancia o medicamento**

**Infección por VIH**

**Enfermedad por priones**

**Enfermedad de Parkinson**

**Enfermedad de Huntington**

**Otra afección médica**

**Etiologías múltiples**

**No especificado**

### **Trastorno neurocognitivo leve**

✓ **Criterios diagnósticos.**

A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y

2. Un deterioro moderado del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

**B.** Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades coti-dianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especificar si debido a:

**Enfermedad de Alzheimer**

**Degeneración del lóbulo frontotemporal**

**Enfermedad por cuerpos de Lewy**

**Enfermedad vascular**

**Traumatismo cerebral**

**Consumo de sustancia o medicamento**

**Infección por VIH**

**Enfermedad por priones**

**Enfermedad de Parkinson**

**Enfermedad de Huntington**

**Otra afección médica**

**Etiologías múltiples**

**No especificado**

**Nota de codificación:** Para un trastorno neurocognitivo leve debido a cualquiera de las etiologías médicas citadas, aplicar el código **331.83 (G31.84)**. No usar códigos adicionales para las supuestas afecciones médicas etiológicas. Para un trastorno neurocognitivo leve inducido por una sustancia o un medicamento, aplicar el código en base al tipo de sustancia. Véase Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancia/medicamento. Para un trastorno neurocognitivo leve no especificado aplicar el código **799.59 (R41.9)**.

#### ✓ **Características diagnósticas**

Los TNC mayor y leve presentan un espectro de disfunciones cognitivas y funcionales. El TNC mayor se corresponde con la afección a la que el DSM-IV se refiere como demencia, que se mantiene como alter-nativa en el presente volumen. La característica esencial del

TNC es el declive cognitivo adquirido en uno o más dominios de la cognición (Criterio A), basado tanto en 1) la preocupación acerca de la cognición por parte del propio individuo, de un informante que le conoce o del clínico, como en 2) un rendimiento en una evaluación objetiva menor del esperado o que ha empeorado a lo largo del tiempo. Se requiere tanto la preocupación como la evidencia objetiva, puesto que ambos son complementarios. Cuando el enfoque se basa exclusivamente en las pruebas objetivas, el trastorno puede quedar sin diagnosticar en los sujetos con alto nivel de funcionamiento cuyo rendimiento "normal" actual represente en realidad un declive sustancial de sus capacidades, o puede diagnosticarse incorrectamente en los individuos cuyo "bajo" rendimiento actual no suponga un cambio con respecto a su propio nivel basal o sea el resultado de factores externos, como las condiciones en que se administra el test o una enfermedad pasajera. Por el contrario, al centrarse excesivamente en los síntomas subjetivos se puede no diagnosticar la enfermedad en los individuos con escasa introspección, o cuyos informantes niegan o no advierten los síntomas, o el diagnóstico puede ser demasiado sensible en los llamados "preocupados sanos".

La preocupación acerca de la cognición es diferente de la queja, ya que puede o no verbalizarse espontáneamente. Más bien es necesario sonsacarla mediante cuidadosas preguntas acerca de los síntomas específicos que comúnmente aparecen en los individuos con déficits cognitivos (véase la Tabla I en la introducción de este capítulo). Por ejemplo, las preocupaciones acerca de la memoria incluyen las dificultades para recordar una breve lista de la compra o para recordar el argumento de una serie de televisión; las preocupaciones acerca de la función ejecutiva incluyen las dificultades para retomar una tarea tras una interrupción, para organizar los documentos del pago de impuestos o para planificar una comida especial. A nivel del TNC leve, es probable que el individuo describa que estas tareas son más difíciles o que requieren tiempo o esfuerzo adicional o estrategias compensatorias. A nivel del INC mayor, estas tareas sólo pueden completarse con ayuda o pueden ser abandonadas por completo. A nivel del TNC leve, puede que los individuos y sus familias no adviertan estos síntomas o que los consideren normales, en especial en los ancianos; así pues, hacer una cuidadosa anamnesis es sumamente importante. Las dificultades deben representar un cambio y no patrones de toda la vida; el individuo o el informante podrá clarificar este

aspecto o el clínico podrá inferir el cambio en base a su experiencia previa con el paciente, a sus actividades o a otras pistas. También resulta crucial determinar que las dificultades estén relacionadas con el declive cognitivo y no con limitaciones motoras o sensoriales.

Los test neuropsicológicos, en los que el rendimiento se compara con datos normativos apropiados para la edad, el nivel educativo y el entorno cultural del paciente, son parte de la evaluación habitual de los TNC y son especialmente importantes en la evaluación del TNC leve. Para el TNC mayor, el rendimiento típicamente se sitúa 2 o más desviaciones estándar por debajo de las puntuaciones normales (en el tercer percentil o por debajo). Para el TNC leve, el rendimiento típicamente se sitúa en el rango entre 1 y 2 desviaciones estándar (entre los percentiles 3 y 16). Sin embargo, no existen tests de evaluación neuropsicológica en todos los ámbitos, y los umbrales neuropsicológicos son sensibles a los tests y los datos normales específicos que se utilicen, y a las condiciones en las que se administren las pruebas, las limitaciones sensoriales y las enfermedades intercurrentes. Se dispone de una variedad de evaluaciones breves para administrar en la consulta o junto a la cama del paciente que también pueden aportar datos objetivos en aquellos ámbitos en los que dichos tests no estén disponibles o no sean factibles, tal y como se describe en la Tabla I. En cualquier caso, al igual que sucede con las preocupaciones cognitivas, el rendimiento objetivo debe ser interpretado teniendo en cuenta el rendimiento previo del individuo. En condiciones óptimas, esta información estaría disponible por la administración previa de la misma prueba, pero a menudo debe inferirse en base a los estándares pertinentes, junto con los antecedentes educativos y laborales, y otros factores del individuo. Los datos normativos son más difíciles de interpretar en los individuos con niveles educativos muy altos o muy bajos y en los que están siendo evaluados fuera de su propio entorno lingüístico o cultural.

El Criterio B se refiere al nivel de autonomía del individuo en el funcionamiento diario. Los sujetos con TNC mayor tendrán una disfunción suficientemente grave como para interferir con su autonomía, de tal forma que otras personas deberán hacerse cargo de tareas que antes los individuos podían realizar por sí solos. Los individuos con TNC leve tendrán una

autonomía conservada, aun-que puede haber interferencias sutiles en el funcionamiento, o pueden referir que las tareas requieren mayor esfuerzo o más tiempo que antes.

La distinción entre el TNC mayor y el leve es por naturaleza arbitraria, y ambos trastornos forman parte de un continuo. Por tanto, resulta difícil determinar umbrales precisos. Se requieren una cuidadosa anamnesis, observación y la integración con otros hallazgos. Deben considerarse las implicaciones del diagnóstico cuando las manifestaciones clínicas del individuo se encuentran en el límite.

### ✓ **Diagnóstico diferencial**

**Cognición normal.** El diagnóstico diferencial entre la cognición normal y el TNC leve, al igual que entre el TNC leve y el mayor, supone un reto, puesto que los límites entre ellos son por naturaleza arbitrarios. Una cuidadosa anamnesis y una evaluación objetiva son fundamentales para realizar estas distinciones. Una valoración longitudinal que utilice evaluaciones cuantificadas puede resultar clave en la detección del TNC leve.

**Delirium.** Tanto el TNC leve como el mayor pueden resultar difíciles de distinguir de un delirium persistente, que puede presentarse de manera concomitante. Una cuidadosa evaluación de la atención y del nivel de conciencia ayudará a hacer la distinción.

**Trastorno de depresión mayor.** La distinción entre el TNC leve y el trastorno de depresión mayor, que puede presentarse a la vez que un TNC, también puede suponer un reto. Los patrones específicos de déficits cognitivos pueden resultar de ayuda. Por ejemplo, los déficits sistemáticos de la memoria y las funciones ejecutivas son típicos de la enfermedad de Alzheimer, mientras que en la depresión mayor se observa un patrón de rendimiento inespecífico o más variable. En algunos casos puede ser necesario tratar el trastorno depresivo y repetir la observación a lo largo del tiempo para realizar el diagnóstico.

**Trastorno específico del aprendizaje y otros trastornos del neurodesarrollo.** Clarificar cuidadosa-mente el estado basal del individuo ayudará a distinguir el TNC del

trastorno específico del aprendizaje y otros trastornos del neurodesarrollo. Hay cuestiones adicionales a considerar en el diagnóstico diferencial de determinados subtipos etiológicos, tal y como se describe en los apartados correspondientes.

### **Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer**

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).
- C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:

#### **Para el trastorno neurocognitivo mayor:**

Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer probable** si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la **enfermedad de Alzheimer posible**.

- 1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
- 2. Aparecen los tres siguientes:
  - a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).
  - b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
  - c. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

#### **Para un trastorno neurocognitivo leve:**

Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer probable** si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los ante-cedentes familiares.



Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer posible** si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares, y aparecen los tres siguientes:

1. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.
2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
3. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

**Nota de codificación:** Para un trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Alzheimer, con alteración del comportamiento, codificar primero **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, seguido de **294.11 (F02.81)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento, codificar primero **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, seguido de **294.10 (F02.80)**.

Para un trastorno neurocognitivo mayor posible debido a la enfermedad de Alzheimer, con alteración comportamiento, codificar primero **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, seguido de **294.11 (F02.81)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor posible debido a la enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento, codificar primero **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, seguido de **294.10 (F02.80)**.

### **Características diagnósticas**

Más allá del síndrome de trastorno neurocognitivo (TNC) (Criterio A), las características esenciales del TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer son el inicio insidioso y la progresión gradual de los síntomas cognitivos y comportamentales (Criterio B). La presentación típica es amnésica (es decir, con alteraciones de la memoria y el aprendizaje). También existen presentaciones no amnésicas más raras, como la variante visoespacial o la afasia logopénica. En la fase de TNC leve, la enfermedad de Alzheimer típicamente se

manifiesta con una alteración de la memoria y el aprendizaje que en ocasiones se acompaña de déficits en la función ejecutiva. En la fase de TNC mayor, la capacidad visoconstructiva/perceptual motora y el lenguaje también estarán afectados, en especial cuando el TNC sea moderado o grave. La cognición social tiende a estar preservada hasta fases avanzadas de la enfermedad.

Debe especificarse un nivel de certeza diagnóstica que señale a la enfermedad de Alzheimer como etiología "probable" o "posible" (Criterio C). La enfermedad de Alzheimer probable se diagnostica tanto en el TNC mayor como en el leve si hay indicios de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer, ya sea a partir de pruebas genéticas o bien de la presencia de antecedentes familiares autosómicos dominantes junto a una confirmación mediante autopsia o pruebas genéticas en un familiar afectado. Para el TNC mayor, un cuadro clínico típico, sin mesetas prolongadas y sin datos de una etiología mixta, también puede ser diagnosticado como enfermedad de Alzheimer probable. Para el TNC leve, dado el menor grado de certeza de que los déficits progresarán, estas características sólo son suficientes para la enfermedad de Alzheimer como posible etiología. Si la etiología parece mixta, se debe diagnosticar un TNC leve debido a etiologías múltiples. En cualquier caso, tanto en el TNC leve como en el mayor debido a enfermedad de Alzheimer, las características clínicas no deben sugerir que el TNC tenga otra etiología primaria (Criterio D).

#### ✓ **Diagnóstico diferencial**

**Otros trastornos neurocognitivos.** Los TNC mayor y leve debidos a otros procesos neurodegenerativos (p. ej., la enfermedad por cuerpos de Lewy, la degeneración del lóbulo frontotemporal) comparten el inicio insidioso y el declive gradual producidos por la enfermedad de Alzheimer, pero tienen características esenciales distintivas propias. En el TNC vascular, mayor o leve, típicamente hay antecedentes de ictus que están en relación temporal con el inicio del déficit cognitivo, y se considera que la presencia de infartos o hiperintensidades en la sustancia blanca son suficientes para explicar el cuadro clínico. Sin embargo, el TNC vascular, mayor o leve, puede compartir muchas características clínicas con

la enfermedad de Alzheimer, en especial cuando en la historia no aparece un claro declive escalonado.

**Otras enfermedades neurológicas o sistémicas concurrentes activas.** Se deben considerar otras enfermedades neurológicas o sistémicas si hay una relación temporal y una gravedad apropiadas para explicar el cuadro clínico. En el TNC leve puede ser difícil distinguir si la etiología se debe a la enfermedad de Alzheimer o a otra afección médica (p. ej., patología tiroidea, déficit de vitamina B12).

**Trastorno de depresión mayor.** El diagnóstico diferencial también incluye la depresión mayor, en especial en el TNC leve. La presencia de depresión puede estar asociada con un funcionamiento día-río reducido y con una capacidad escasa de concentración, que pueden parecerse a un TNC, pero la mejoría con el tratamiento de la depresión puede ser útil para hacer la distinción.

### **3.6 Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias /medicamentos**

#### **Criterios diagnósticos.**

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El deterioro neurocognitivo no sucede exclusivamente en el transcurso de un delirium y persiste más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia agudas.
- C. La sustancia o medicamento involucrados, así como la duración y la magnitud de su consumo, son capaces de producir el deterioro neurocognitivo.
- D. El curso temporal de los déficits neurocognitivos es compatible con el calendario de consumo y abstinencia de la sustancia o medicación (es decir, los déficits se mantienen estables o mejoran tras un período de abstinencia).
- E. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica y no puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

**Nota de codificación:** En la tabla siguiente se indican los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos neurocognitivos inducidos por [sustancia o medicamento específico]. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concurrente por consumo de una sustancia de la misma clase. Si existe algún trastorno concurrente leve por consumo de una sustancia junto con el trastorno neurocognitivo inducido por la sustancia, el carácter en 4a posición será "1", y el clínico hará constar "trastorno leve por consumo [de sustancia]" delante del trastorno neurocognitivo inducido por una sustancia (p. ej., trastorno leve por consumo de inhalantes con trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes). Si existe un trastorno moderado o grave por consumo concurrente por una sustancia junto con el trastorno neurocognitivo inducido por la sustancia, el carácter en 4a posición será "2", y el clínico hará constar "trastorno moderado por consumo [de sustancia]" o "trastorno grave por consumo [de sustancia]" dependiendo de la gravedad del trastorno por consumo concurrente de la sustancia. Si no existe un trastorno por consumo concurrente por sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), entonces el carácter en la 4a posición será "9", y el clínico solamente hará constar el trastorno neurocognitivo inducido por la sustancia. Para algunas clases de sustancias (p. ej., alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos) no es admisible codificar un trastorno concurrente leve por consumo de la sustancia con un trastorno neurocognitivo inducido por la sustancia, solamente puede diagnosticarse un trastorno concurrente por consumo moderado o grave, o bien ningún trastorno por consumo de sustancia. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.

### **Características diagnósticas**

El TNC mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos se caracteriza por déficits neurocognitivos que persisten más allá de las duraciones habituales de la intoxicación y la abstinencia agudas (Criterio B). Inicialmente, estas manifestaciones pueden reflejar una lenta recuperación de las funciones cerebrales tras un período de consumo de sustancias prolongado. Pueden observarse mejorías en los indicadores neurocognitivos y de neuroimagen a lo largo de muchos meses. Si el trastorno se mantiene durante un período prolongado, se debe utilizar el especificador persistente. La sustancia en cuestión y su uso deben estar reconocidos como potencial causa de las alteraciones observadas (Criterio C).

Aunque pueden verse deterioros inespecíficos en un rango de habilidades cognitivas con casi cualquier sustancia de abuso y con diversos medicamentos, algunos patrones aparecen con más frecuencia con determinadas clases de sustancia. Por ejemplo, el TNC debido a fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., benzodiazepinas, barbitúricos) puede presentar mayor alteración de la memoria que de otras funciones cognitivas. El TNC inducido por alcohol a menudo se manifiesta por una combinación de disfunción en los dominios de función ejecutiva, memoria y aprendizaje. El curso temporal del TNC inducido por sustancias debe concordar con el del uso de la sustancia en cuestión (Criterio D). En el TNC amnésico confabulatorio inducido por alcohol (de Korsakoff), los síntomas incluyen una amnesia prominente (importante dificultad para aprender información nueva, que se olvida rápidamente) y tendencia a confabular. Estas manifestaciones pueden aparecer junto con signos de encefalopatía por déficit de tiamina (encefalopatía de Wernicke), con características asociadas como el nistagmo y la ataxia. La oftalmoplejía de la encefalopatía de Wernicke se caracteriza típicamente por una parálisis de la mirada lateral.

Además de o independientemente de los síntomas neurocognitivos más comúnmente relacionados con el uso de la metanfetamina (p. ej., dificultades en el aprendizaje, la memoria y la función ejecutiva), el consumo de metanfetamina puede asociarse con signos de daño vascular (p. ej., debilidad focal, descoordinación unilateral, reflejos asimétricos). El perfil neurocognitivo más común se aproxima al observado en el TNC vascular.

#### ✓ **Diagnóstico diferencial**

Los individuos con trastornos por consumo de sustancias, intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias tienen un riesgo aumentado de presentar otras afecciones que bien de manera independiente, bien a través de un efecto combinado, pueden tener como resultado una alteración neurocognitiva. Éstas incluyen los antecedentes de traumatismo cerebral y las infecciones que pueden acompañar al trastorno por uso de sustancias (p. ej., VIH, virus de la hepatitis C, sífilis). Por tanto, la presencia de TNC mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos debe diferenciarse de los TNC que surgen fuera del contexto del uso, la intoxicación y la abstinencia de sustancias, incluyendo estos trastornos acompañantes (p. ej., traumatismo cerebral).

### 3.7 neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson. Trastorno

#### ✓ Criterios diagnósticos

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
- B. El trastorno aparece en el transcurso de la enfermedad de Parkinson establecida.
- C. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión rápida.
- D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Se debe diagnosticar un **trastorno neurocognitivo mayor o leve probablemente debido, la enfermedad de Parkinson** si se cumplen los criterios 1 y 2. Se debe diagnosticar un **trastorno neurocognitivo mayor o leve posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson** si sólo se cumple el criterio 1 o el 2:

- 1. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).
- 2. La enfermedad de Parkinson precede claramente al inicio del trastorno neurocognitivo.

**Nota de codificación:** Para un trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento, codificar primero **332.0 (G20)** enfermedad de Parkinson, seguido de **294.11 (F02.81)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento, codificar primero **332.0 (G20)** enfermedad de Parkinson, seguido de **294.10 (F02.80)**.

Para un trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento, codificar primero **332.0 (G20)** enfermedad de

Parkinson, seguido de **294.11 (F02.81)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento, codificar primero **332.0 (G20)** enfermedad de Parkinson, seguido de **294.10 (F02.80)**.

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** No usar un código adicional para la enfermedad de Parkinson. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.)

#### ✓ **Características diagnósticas**

La característica esencial del trastorno neurocognitivo (TNC) mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson es el declive cognitivo que aparece después del inicio de la enfermedad de Parkinson. La alteración debe aparecer en el transcurso de la enfermedad de Parkinson establecida (Criterio B) y los déficits deben haberse desarrollado gradualmente (Criterio C). El TNC se considera probablemente debido a la enfermedad de Parkinson cuando no hay indicios de otra enfermedad que pudiera estar contribuyendo al declive cognitivo y cuando la enfermedad de Parkinson precede claramente al inicio del TNC. El TNC se considera posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson cuando o bien no hay indicios de otra enfermedad que pudiera estar contribuyendo al declive cognitivo, o bien la enfermedad de Parkinson precede al inicio del TNC, pero no ambos.

#### ✓ **Diagnóstico diferencial**

**Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy.** Esta distinción se basa sustancialmente en los tiempos y la secuencia de los síntomas motores y cognitivos. Para que el TNC se pueda atribuir a la enfermedad de Parkinson, los síntomas motores y el resto de síntomas de la enfermedad de Parkinson deben estar presentes tiempo antes (por convenio, al menos 1 año antes) de que el declive cognitivo alcance el nivel del TNC mayor, mientras que en el TNC mayor o leve con cuerpos de Lewy, los síntomas cognitivos comienzan poco antes o a la vez que los síntomas motores. Para el TNC leve, los tiempos son más difíciles de establecer, puesto que el diagnóstico en sí está menos claro y los dos trastornos forman parte de un continuo. Salvo que la enfermedad de Parkinson lleve un

tiempo establecida antes de que se inicie el declive cognitivo, o que haya características típicas de un TNC mayor o leve con cuerpos de Lewy, es preferible diagnosticar el TNC leve no especificado.

**Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer.**

Los síntomas moto-res son la clave para distinguir el TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson del TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, ambos trastornos pueden concurrir.

**Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve.** El TNC vascular mayor o leve puede presentarse con síntomas parkinsonianos como la lentitud psicomotora, que puede aparecer como consecuencia de la enfermedad subcortical de pequeños vasos. Sin embargo, estos síntomas parkinsonianos son típicamente insuficientes para diagnosticar una enfermedad de Parkinson, y habitualmente el curso del TNC se asocia claramente con cambios cerebrovasculares.

**Trastorno neurocognitivo debido a otra afección médica (p. ej., trastornos neurodegenerativos).**

Cuando se está considerando un diagnóstico de TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson, también se debe distinguir de otros trastornos cerebrales como la parálisis supranuclear progresiva, la degeneración corticobasal, la atrofia multisistémica, los tumores y la hidrocefalia.

**Parkinsonismo inducido por neurolepticos.** El parkinsonismo inducido por neurolepticos puede aparecer en individuos con otros TNC, en especial cuando los fármacos bloqueadores de la dopamina se prescriben para las manifestaciones comportamentales de estos trastornos.

**Otras afecciones médicas.** El delirium y los TNC debidos a los efectos secundarios de los fármacos bloqueadores de la dopamina y a otras afecciones médicas (p. ej., la sedación o la disfunción cognitiva, el hipotiroidismo grave, el déficit de B12) también deben descartarse.



## UNIDAD IV

### TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS.

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Se proporcionan los criterios diagnósticos para la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones.

Los criterios diagnósticos para el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones conforman un esquema de clasificación que es mutuamente excluyente, de tal modo que durante un único episodio solamente puede asignarse uno de estos diagnósticos.

#### 4.1 Pica

✓ **Criterios diagnósticos.**

Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.

B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.

C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.

D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave

para justificar la atención clínica adicional. Códigos CIE-10-MC para pica son **(F98.3)** en niños y **(F50.8)** en adultos.

Especificar si:

**En remisión:** Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

#### ✓ **Características diagnósticas**

La principal característica de la pica es la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de 1 mes (Criterio A) que es suficientemente grave como para justificar la atención clínica. Las sustancias que típicamente se suelen ingerir tienden a variar con la edad y con la disponibilidad y podrían ser papel, jabón, ropa, pelo, cuerdas, lana, tierra, tiza, polvos de talco, pintura, chicles, metales, guijarros, carbón vegetal o carbón mineral, cenizas, barro, almidón o hielo. El término no alimentarias se incluye porque el diagnóstico de la pica no se refiere a la ingestión de productos de la dieta con un mínimo contenido nutritivo. No existe normalmente una aversión a la comida en general. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias debe ser inapropiada para el grado de desarrollo (Criterio B) y no debe formar parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normal (Criterio C). Se recomienda una edad mínima de dos años para el diagnóstico de pica, para poder excluir el hábito de llevarse objetos a la boca, propio del desarrollo normal de los niños, que pueden acabar ingiriéndolos. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias puede ser una característica asociada a otros trastornos mentales (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno de desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia). Si el comportamiento alimentario se produce exclusivamente en el contexto de otro trastorno mental, se debería realizar un diagnóstico diferenciado de pica solamente si el comportamiento alimentario es lo suficientemente grave o si requiere atención clínica adicional (Criterio D).

#### ✓ **Diagnóstico diferencial**

La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias puede suceder durante el curso de otros trastornos mentales (p. ej., el trastorno del espectro autista, la esquizofrenia) y en el síndrome de Kleine-Levin. En cualquiera de estos casos, sólo se debería realizar un

diagnóstico adicional de pica si el comportamiento alimentario es lo suficientemente grave y persistente como para justificar una atención clínica adicional.

Anorexia nerviosa. Por lo general, la pica se puede distinguir de otros trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos por el consumo de sustancias no nutritivas y no alimentarias. Es importante advertir, sin embargo, que algunas presentaciones de la anorexia nerviosa cursan con la ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias como, por ejemplo, pañuelos de papel como forma de intentar controlar el apetito. En estos casos, cuando la ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias se utiliza principalmente como método para controlar el peso, la anorexia nerviosa debería ser el diagnóstico primario.

Trastorno facticio. Algunos individuos con trastorno facticio pueden ingerir intencionadamente objetos extraños como parte del patrón de falsificación de síntomas físicos. En estos casos hay un elemento de engaño que es compatible con la inducción deliberada de lesiones o enfermedades.

Autolesión no suicida y conductas autolesivas no suicidas en los trastornos de la personalidad. Algunos individuos pueden ingerir objetos potencialmente dañinos (p. ej., alfileres, agujas, cuchillos) en el contexto de los patrones de comportamiento desadaptativos que acompañan a los trastornos de la personalidad o en las autolesiones no suicidas.

## **4.2 Trastorno de rumiación.**

Criterios diagnósticos 307.53 (F98.21)

A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.

B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).

C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del neurodesarrollo), son suficiente-mente graves para justificar atención clínica adicional.

Especificar si:

**En remisión:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

### ✓ **Características diagnósticas**

La principal característica del trastorno de rumiación es la regurgitación repetida de alimentos, después de alimentarse o comer, durante un período mínimo de un mes (Criterio A). La comida tragada previamente, que puede estar parcialmente digerida, se devuelve a la boca aparentemente sin náuseas, arcadas involuntarias ni desagrado. La comida se puede volver a masticar para después escupirse de la boca o tragarse. La regurgitación en el trastorno de rumiación debería ser frecuente y producirse por lo menos bastantes veces por semana, típicamente a diario. El trastorno no se explica mejor por una afección gastrointestinal u otra afección médica asociada (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica) (Criterio B) y no se produce exclusivamente durante el curso de una anorexia nerviosa, una bulimia nerviosa, un trastorno de atracones o un trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (Criterio C). Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del neurodesarrollo), deben ser lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica adicional (Criterio D) y representar un aspecto primordial de la presentación del individuo que requiere la intervención. El trastorno se puede diagnosticar durante toda la vida, particularmente en los individuos que presentan también discapacidad intelectual. Muchas personas con trastorno de rumiación pueden ser observadas directamente por los clínicos mientras llevan a cabo dicho comportamiento. En otros casos, el diagnóstico puede realizarse en base a la información referida por el paciente o corroborada por los padres o los cuidadores. Los individuos pueden describir el comportamiento como habitual o fuera de su control.

### ✓ **Diagnóstico diferencial**

Afecciones gastrointestinales. Es importante diferenciar el trastorno de rumiación de la rumiación de otras afecciones caracterizadas por reflujo gastroesofágico o vómitos. Se deberían descartar afecciones como la gastroparesia, la estenosis pilórica, la hernia de hiato y el síndrome de Sandifer en los bebés mediante una adecuada exploración física y pruebas de laboratorio.

Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Las personas con anorexia nerviosa y con bulimia nerviosa también pueden presentar regurgitación, y posteriormente escupir los alimentos como sistema para perder las calorías ingeridas, debido a su preocupación por el aumento de peso.

## **4.3 Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.**

Criterios diagnósticos 307.59 (F50.8)

A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. **El** trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

**D.** El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional. Especificar si:

**En remisión:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

#### ✓ **Características diagnósticas**

El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos sustituye y amplía el diagnóstico del trastorno de alimentación en la infancia y la primera niñez del DSM-IV. La principal característica diagnóstica del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos es la evitación o restricción de la toma de alimentos (Criterio A), manifestada por un fracaso clínicamente significativo para obtener las necesidades nutritivas, o una ingesta energética insuficiente mediante la ingesta oral de alimentos. Deben estar presentes una o más de las siguientes características principales: pérdida de peso significativa, deficiencia nutritiva significativa (u otro efecto sobre la salud), dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutricionales orales, o una marcada interferencia en el funcionamiento psicosocial. La determinación de si se produce una pérdida de peso significativa (Criterio A1) es una valoración clínica; en lugar de perder peso, los niños y los adolescentes que no han completado el crecimiento pueden no mantener el aumento de peso o de estatura a lo largo de su trayectoria de desarrollo.

La determinación del grado de deficiencia nutricional (Criterio A2) depende también de la valoración clínica (p. ej., valoración del aporte dietético, examen físico y pruebas de laboratorio), y el efecto sobre la salud física puede ser de una gravedad similar al que se produce en la anorexia nerviosa (p. ej., hipotermia, bradicardia, anemia). En los casos graves, particularmente en los niños pequeños, la mal-nutrición puede representar una amenaza para la vida. La "dependencia" de la alimentación enteral o de los suplementos nutricionales orales

(Criterio A3) significa que se requiere alimentación suplementaria para mantener una ingesta adecuada. Entre los ejemplos de individuos que requieren alimentación suplementaria están los niños que no progresan en el desarrollo y que necesitan alimentación por sonda, los niños con trastornos del neurodesarrollo que dependen de suplementos nutricionalmente completos y los individuos que dependen de una sonda de alimentación por gastrostomía o de suplementos nutricionales orales completos en ausencia de una afección médica subyacente. La incapacidad para participar en actividades sociales normales, como comer con otros o mantener relaciones, a causa de la alteración indicaría una marcada interferencia en el funcionamiento psicosocial (Criterio A4).

El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos no incluye la evitación o restricción de alimentos relacionada con la falta de disponibilidad de alimentos o con prácticas culturales (p. ej., ayunos religiosos o dietas) (Criterio B), ni los comportamientos propios del desarrollo normal (p. ej., las exigencias en la comida de los niños pequeños o la menor ingesta de alimentos en los adultos de mayor edad). El trastorno no se explicaría mejor por una excesiva preocupación por la constitución o el peso corporal (Criterio C), ni por trastornos mentales o factores clínicos concurrentes (Criterio D).

En algunos individuos, la evitación o la restricción de alimentos puede estar basada en las características organolépticas de la comida y tratarse de una sensibilidad extrema a su apariencia, color, olor, textura, temperatura o gusto. Este trastorno se ha descrito como "alimentación restrictiva", "alimentación selectiva", "alimentación exigente", "alimentación perseverante", "rechazo crónico de los alimentos" y "neofobia alimentaria", y puede manifestarse como un rechazo a comer determinadas marcas de alimentos o a tolerar el olor de los alimentos que comen otras personas. Los individuos con una alta sensibilidad sensorial asociada al autismo pueden mostrar comportamientos similares.

La evitación o restricción de los alimentos puede también representar una respuesta condicionada negativa que se asocia a una ingesta de alimentos que se sigue de una experiencia aversiva o que se anticipa a ésta, como el atragantamiento, una exploración

traumática —normalmente del tracto gastrointestinal (p. ej., una esofagoscopia) o vómitos repetitivos. Para describir estas afecciones también se han utilizado los términos disfagia funcional y globo histérico.

#### ✓ **Diagnóstico diferencial**

La pérdida de apetito que precede a la restricción en la ingesta de alimentos es un síntoma inespecífico que puede acompañar a un cierto número de trastornos mentales. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos puede diagnosticarse al mismo tiempo que los trastornos enumerados seguidamente si se cumplen todos los criterios y el trastorno de la conducta alimentaria requiere una atención clínica específica.

**Otras afecciones médicas (p. ej., enfermedad gastrointestinal, alergia e intolerancia alimentaria, cáncer oculto).** La restricción de la ingesta de alimentos puede presentarse en otras afecciones médicas, especialmente en aquellas que cursan con síntomas como vómitos, pérdida de apetito, náuseas, dolor abdominal o diarrea. El diagnóstico del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos requiere que el trastorno de la ingesta vaya más allá de lo que se podría explicar directamente por los síntomas físicos relacionados con una afección médica; el trastorno de la conducta alimentaria también podría persistir después de desencadenarse una afección médica y seguir después de la resolución de ésta.

Las afecciones mentales comórbidas o las afecciones médicas subyacentes pueden complicar la alimentación y la ingesta. Debido a que a menudo las personas más mayores, los pacientes posquirúrgicos y los pacientes que reciben quimioterapia pierden el apetito, el diagnóstico adicional de trastorno de evitación/ restricción requiere que el trastorno de la conducta alimentaria sea el objetivo primario de la intervención.

**Trastornos congénitos, estructurales, neurológicos/neuromusculares específicos y afecciones asociadas con problemas de alimentación.** Los problemas de alimentación son frecuentes en varias afecciones congénitas y neurológicas que a menudo se relacionan con problemas en la función y la estructura oral/esofágica/faríngea, como la



hipotonía de la musculatura, la protrusión de la lengua y la deglución insegura. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos puede diagnosticarse en los individuos con este tipo de presentaciones siempre que se cumplan todos los criterios diagnósticos.

**Trastorno de apego reactivo.** De manera característica se puede producir algún grado de abandono en el trastorno de apego reactivo, lo que puede llevar a una alteración de la relación cuidador-niño que puede afectar a la alimentación y a la ingesta de alimentos de este último. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos sólo se debería diagnosticar al mismo tiempo si se cumplen todos los criterios de ambos trastornos y si el trastorno de la conducta alimentaria es un objetivo primario de la intervención.

**Trastorno del espectro autista.** Los individuos con trastorno del espectro autista a menudo presentan comportamientos alimentarios rígidos y un aumento de las sensibilidades sensoriales. Sin embargo, estas características no siempre dan como resultado un grado de deterioro suficiente que requiera un diagnóstico de trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos sólo se debería diagnosticar al mismo tiempo si se cumplen todos los criterios de ambos trastornos y si el trastorno de la conducta alimentaria requiere un tratamiento específico.

**Fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social) y otros trastornos de ansiedad.** En el epígrafe "Fobia específica, otra fobia" se describe lo siguiente: "situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos", que pueden ser el desencadenante primario del miedo, la ansiedad o la evitación requerida para el diagnóstico. Puede ser difícil distinguir la fobia específica del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos cuando el miedo a ahogarse o vomitar ya ha producido la evitación de la comida. Aunque la evitación o la restricción de la ingesta de alimentos secundaria a un miedo pronunciado a atragantarse o a vomitar puede conceptualizarse como fobia específica, en las situaciones en que los problemas alimentarios pasan a ser el foco principal de la atención clínica, el diagnóstico apropiado es el de trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. En el trastorno de ansiedad social, el individuo puede presentar miedo a ser observado por los

demás mientras come, lo cual puede suceder también en el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

**Anorexia nerviosa.** La restricción en la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo, es una característica principal de la anorexia nerviosa. Sin embargo, los individuos con anorexia nerviosa también tienen miedo a ganar peso o a engordar, o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso, así como alteraciones específicas en relación a la vivencia y a la percepción de la constitución y el peso propios. Estas características no están presentes en el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y no se debería diagnosticar ambos trastornos al mismo tiempo. El diagnóstico diferencial entre el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y la anorexia nerviosa puede ser difícil, especialmente en la infancia tardía y en la adolescencia temprana, dado que estos trastornos pueden compartir numerosos síntomas (p. ej., evitación de los alimentos, bajo peso). El diagnóstico diferencial también puede ser difícil en los individuos con anorexia nerviosa que niegan tener miedo a engordar pero que, sin embargo, persisten en sus comportamientos para impedir el aumento de peso, y que no reconocen la gravedad médica del peso bajo, presentación a veces denominada "anorexia nerviosa sin fobia a la obesidad". Se aconseja considerar el conjunto de los síntomas, el curso y los antecedentes familiares para efectuar el diagnóstico, que se realiza mejor en el contexto de una relación clínica duradera. En algunos individuos, el trastorno de evitación/ restricción de la ingesta de alimentos puede preceder el inicio de una anorexia nerviosa.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo pueden presentar evitación o restricción de la ingesta por estar preocupados con la comida o presentar comportamientos ritualizados para la ingesta. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos sólo se debería diagnosticar al mismo tiempo si se cumplen todos los criterios de ambos trastornos y si la alimentación anormal es un aspecto principal de la presentación clínica que requiere una intervención específica.

Trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor, el apetito se puede afectar de tal manera que los individuos presentan una restricción significativa de la ingesta de comida que generalmente afecta al aporte de energía global y a menudo se relaciona con pérdida de peso. Normalmente, la pérdida de apetito y la consiguiente reducción de la ingesta disminuyen al resolverse los problemas del estado de ánimo. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos sólo se debería utilizar al mismo tiempo si se cumplen todos los criterios de ambos trastornos y cuando el trastorno de la conducta alimentaria requiera un tratamiento específico.

Trastornos del espectro de la esquizofrenia. Los individuos con esquizofrenia, trastorno delirante u otros trastornos psicóticos pueden mostrar comportamientos extraños con la alimentación, pueden evitar ciertos alimentos por sus creencias delirantes y pueden manifestar otros tipos de evitación o restricción de la ingesta. En algunos casos, las creencias delirantes pueden contribuir a la preocupación por las consecuencias negativas de la ingesta de ciertos alimentos. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos solamente debería aplicarse al mismo tiempo si se cumplen todos los criterios de ambos trastornos y cuando el trastorno de la conducta alimentaria requiera un tratamiento específico.

Trastorno facticio y trastorno facticio aplicado a otro. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos debe distinguirse del trastorno facticio y del trastorno facticio aplicado a otro. Para asumir el rol de enfermo, algunos individuos con trastorno facticio pueden describir intencionadamente dietas que son mucho más restrictivas que las que consumen realmente, así como complicaciones derivadas de dicho comportamiento, como necesidad de alimentación enteral o de suplementos nutricionales, incapacidad para tolerar una variedad normal de alimentos e incapacidad de participar con normalidad en situaciones propias de la edad que tengan que ver con la comida. La presentación puede llegar a ser espectacularmente sugestiva y cautivadora, y los síntomas se pueden explicar de forma incoherente. Cuando se diagnostica el trastorno facticio aplicado a otro, es el cuidador el que describe los síntomas que se corresponden con el trastorno de evitación/restricción de la

ingesta de alimentos y que pueden causar síntomas físicos, como la ausencia de aumento de peso. Por eso mismo, en todo diagnóstico de trastorno facticio aplicado a otro es el cuidador el que recibe el diagnóstico en lugar del propio afectado, y sólo se debería llevar a cabo dicho diagnóstico basándose en una valoración prudente y comprensiva del individuo afectado, del cuidador y de la interacción entre ambos.

## 4.4 Anorexia nerviosa

### ✓ Criterios diagnósticos

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

**Nota de codificación:** El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es **307.1**, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).

Especificar si:

**(F50.01) Tipo restrictivo:** Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

**(F50.02) Tipo con atracones/purgas:** Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

**En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio **B** (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

**En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

**Leve: IMC** 17 kg/m<sup>2</sup>

**Moderado:** IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>

**Grave:** IMC 15-15,99 kg/m<sup>2</sup> **Extremo: IMC** < 15 kg/m<sup>2</sup>

### **Características diagnósticas**

La anorexia nerviosa tiene tres características básicas: la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios. El individuo mantiene un peso corporal que está por debajo del nivel mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física (Criterio A). El peso corporal de los individuos a menudo cumple este criterio después de una pérdida de peso

significativa, pero en los niños y en los adolescentes se puede observar que no se gana el peso esperado o no se mantiene el curso del desarrollo normal (mientras crece en estatura) en vez de una pérdida de peso.

El Criterio A requiere que el peso del individuo sea significativamente bajo (inferior al mínimo normal o, en los niños y los adolescentes, inferior al mínimo esperado). La valoración del peso puede ser difícil ya que el rango de pesos normales difiere entre individuos y entre los diferentes umbrales que se han publicado para definir la delgadez o el peso insuficiente. El índice de masa corporal (IMC, calculado como peso en kilogramos/ altura en metros<sup>2</sup>) es una medida útil para valorar el peso a partir de la altura. En los adultos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizan un IMC de 18,5 kg/m<sup>2</sup> como límite inferior del peso corporal normal. En consecuencia, se considera que la mayoría de los adultos con un IMC mayor o igual a 18,5 kg/m<sup>2</sup> no tienen un peso corporal significativamente bajo. Por otro lado, la OMS ha propuesto un IMC menor de 17,0 kg/m<sup>2</sup> para indicar la delgadez moderada o grave; en consecuencia, se consideraría que un individuo con un IMC menor de 17,0 kg/m<sup>2</sup> podría considerarse que tiene un peso significativamente bajo. Se debería considerar que un adulto con un IMC entre 17,0 y 18,5 kg /m<sup>2</sup>, o incluso por encima de 18,5 kg /m<sup>2</sup>, tiene un peso significativamente bajo si la historia clínica u otra información fisiológica apoyan este dictamen.

En los niños y en los adolescentes es útil determinar el percentil del IMC según la edad (véase, por ejemplo, la calculadora de percentiles de IMC de los CDC para niños y adolescentes). Como en los adultos, no es posible facilitar unos estándares definitivos para determinar si el peso de un niño o de un adolescente es significativamente bajo, y las variaciones del curso del desarrollo entre unos jóvenes y otros limitan su utilidad a simples guías numéricas. Los CDC han utilizado un IMC según la edad por debajo del percentil 5 como indicativo de peso insuficiente; sin embargo, se puede valorar que los niños y los adolescentes con un IMC por encima de esta referencia tienen un peso significativamente insuficiente si no logran mantener el curso de crecimiento esperado. En resumen, para

determinar si se cumple el Criterio A, los clínicos deberían considerar las guías numéricas disponibles además de la constitución física del individuo, los antecedentes referentes al peso y cualquier posible alteración fisiológica.

Los individuos con este trastorno suelen tener miedo intenso a ganar peso o a engordar (Criterio I3). Este miedo intenso a engordar no se alivia por lo general con la pérdida de peso. De hecho, la preocupación por ganar peso puede aumentar incluso cuando se pierde. Los individuos más jóvenes con anorexia nerviosa, así como algunos adultos, pueden no reconocer ni admitir el miedo a ganar peso. En ausencia de otra explicación para un peso significativamente bajo, para establecer el Criterio B se pueden usar las conclusiones a las que llega el facultativo a partir de la historia colateral, los datos observacionales, los hallazgos físicos y de laboratorio o el curso longitudinal, que serían indicativas del miedo a ganar peso o de comportamientos persistentes para impedirlo.

La percepción y la importancia del peso corporal y la constitución están distorsionadas en estos individuos (Criterio C). Algunas personas sienten que tienen sobrepeso en general. Otras se dan cuenta de que están delgadas pero les preocupa que algunas partes de su cuerpo, particularmente el abdomen, las nalgas y los muslos, estén "demasiado gordos". Pueden emplear diferentes técnicas para valorar la talla o el peso corporal, como pesarse con frecuencia, medir obsesivamente partes del cuerpo y usar insistentemente el espejo para comprobar zonas de "grasa". La autoestima de los individuos con anorexia nerviosa depende mucho de cómo perciben su peso y su constitución corporal. La pérdida de peso se ve a menudo como un logro impresionante y un signo de extraordinaria auto-disciplina, mientras que el aumento de peso se percibe como un fracaso inaceptable del autocontrol. Aunque algunos individuos con este trastorno pueden admitir que están delgados, a menudo no reconocen las graves consecuencias médicas de su estado de desnutrición.

A veces, el individuo es conducido a la consulta del profesional por los miembros de su familia después de una marcada pérdida de peso (o de no ganar el peso esperado). Si los individuos buscan ayuda por su cuenta, se debe normalmente al malestar asociado a las

secuelas somáticas y psicológicas del hambre. Es raro que un individuo con anorexia nerviosa se queje de la pérdida de peso en sí. De hecho, las personas con anorexia nerviosa frecuentemente no tienen un concepto claro del problema o directamente lo niegan. En consecuencia, suele ser importante obtener información de los miembros de la familia o de otras fuentes para evaluar los antecedentes de la pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

La semihambre de la anorexia nerviosa y los comportamientos de purga que a veces se asocian a la misma pueden llevar a desarrollar afecciones médicas que pueden suponer una amenaza importante para la vida. El compromiso nutricional asociado a este trastorno afecta a la mayor parte de los sistemas orgánicos principales y puede producir varias alteraciones. Entre las alteraciones fisiológicas se encuentra la amenorrea, y son frecuentes las anomalías de las constantes vitales. Aunque la mayoría de las alteraciones fisiológicas asociadas a la malnutrición son reversibles mediante la rehabilitación nutricional, algunas, como la pérdida de densidad mineral ósea, a menudo no lo son del todo. Comportamientos tales como el vómito autoprovocado y la utilización incorrecta de laxantes, diuréticos y enemas pueden causar alteraciones que generan resultados analíticos anormales; sin embargo, algunos individuos con anorexia nerviosa no muestran anomalías en las pruebas de laboratorio.

Muchas personas con anorexia nerviosa tienen signos y síntomas depresivos, como ánimo deprimido, aislamiento social, irritabilidad, insomnio y disminución del interés por el sexo, cuando tienen un peso muy bajo. Debido a que estas características también se observan en las personas que no presentan anorexia nerviosa pero que están bastante desnutridas, se puede deducir que muchas de las características depresivas pueden ser secundarias a las secuelas fisiológicas de la semihambre, aunque también podrían ser lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico adicional de trastorno depresivo mayor.

Los síntomas obsesivo-compulsivos, estén o no relacionados con la alimentación, son a menudo destacados. La mayoría de los individuos con anorexia nerviosa está preocupada con pensamientos sobre la comida. Algunos acaparan recetas o acumulan comida. Las



observaciones de los comportamientos asociados a otras formas de hambre sugieren que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida se pueden exacerbar por la desnutrición. Si los individuos con anorexia nerviosa muestran obsesiones y compulsiones que no están relacionadas con los alimentos, la constitución corporal o el peso, se podría justificar un diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Otras características que a veces se asocian a la anorexia nerviosa son la preocupación por comer en público, la sensación de ineficacia, un fuerte deseo de controlar lo que les rodea, el pensamiento inflexible, una espontaneidad social limitada y una contención excesiva de la expresión emocional. En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restringido, los que presentan el tipo con atracones /purgas tienen niveles superiores de impulsividad y son más propensos a abusar del alcohol y de otras drogas.

Un subgrupo de individuos con anorexia nerviosa presenta niveles excesivos de actividad física. El aumento de la actividad física a menudo precede al inicio del trastorno y, en el curso del trastorno, la actividad aumentada acelera la pérdida de peso. Durante el tratamiento, la actividad excesiva puede ser difícil de controlar y por lo tanto pone en riesgo la recuperación del peso.

Los individuos con anorexia nerviosa pueden usar incorrectamente los medicamentos, como por ejemplo, alterando las dosis para perder peso o evitar ganarlo. Los individuos con diabetes mellitus pueden omitir o reducir las dosis de insulina para minimizar el metabolismo de los carbohidratos.

#### ✓ **Diagnóstico diferencial**

Se deberían considerar otras posibles causas para un peso corporal significativamente bajo o una pérdida significativa de peso en el diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa, especialmente cuando ésta presenta características atípicas (p. ej., con inicio después de los 40 años).

Afecciones médicas (p. ej., enfermedad gastrointestinal, hipertiroidismo, cáncer oculto y síndrome de inmunodeficiencia **adquirida [SIDA]**). En estas enfermedades se puede producir una pérdida importante de peso, pero las personas con estos trastornos normalmente no suelen manifestar una percepción alterada del propio peso o la propia constitución, ni miedo intenso a ganar peso, ni comportamientos insistentes que interfieran con el aumento apropiado del peso. La pérdida aguda de peso asociada a una afección médica puede desencadenar ocasionalmente el inicio o la recurrencia de una anorexia nerviosa, que se podrá ocultar inicialmente tras la afección médica comórbida. Rara vez se desarrolla una anorexia nerviosa después de una cirugía bariátrica para la obesidad.

Trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor se puede producir una pérdida importante de peso, aunque la mayoría de los individuos con trastorno depresivo mayor no tiene deseos excesivos de perder peso, ni miedo intenso a ganarlo.

Esquizofrenia. Los individuos con esquizofrenia pueden presentar comportamientos alimentarios extraños y pueden tener ocasionalmente pérdidas significativas de peso, pero raramente muestran miedo a ganar peso o la alteración de la imagen corporal que exige el diagnóstico de anorexia nerviosa.

Trastornos por consumo de sustancias. Los individuos con trastornos por consumo de sustancias pueden tener un peso bajo debido a una ingesta nutricional escasa, pero generalmente no tienen miedo a ganar peso y no manifiestan ninguna alteración de su imagen corporal. Los individuos que abusan de sustancias que reducen el apetito (p. ej., cocaína, estimulantes) y que admiten tener miedo a ganar peso deben ser evaluados cuidadosamente ante la posibilidad de una anorexia nerviosa comórbida, dado que el consumo de sustancias puede representar un comportamiento persistente capaz de interferir con el aumento de peso (Criterio B).

Trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal. Algunas de las características de la anorexia nerviosa se solapan con los criterios de la fobia social, el TOC y el trastorno dismórfico corporal. En particular, los

individuos pueden sentirse humillados o avergonzados si les ven comiendo en público, como en la fobia social; pueden mostrar obsesiones y compulsiones relacionadas con los alimentos, como en el TOC; o pueden preocuparse por un defecto imaginario en su apariencia corporal, como en el trastorno dismórfico corporal. Si el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales que se limitan solamente a la conducta alimentaria, no se debería realizar un diagnóstico de fobia social, aunque los miedos sociales que no están relacionados con la conducta alimentaria (p. ej., el miedo excesivo a hablar en público) podrían justificar un diagnóstico adicional de fobia social. Análogamente, se debería considerar un diagnóstico adicional de TOC solamente si el individuo presenta obsesiones y compulsiones que no están relacionadas con los alimentos (p. ej., un miedo excesivo a la contaminación), y se debería considerar el diagnóstico adicional de trastorno dismórfico corporal solamente si la distorsión no está relacionada con el tamaño y la constitución corporal (p. ej., la preocupación de que la propia nariz es demasiado grande).

**Bulimia nerviosa.** Los individuos con bulimia nerviosa muestran episodios recurrentes de atracones, utilizan comportamientos inapropiados para evitar ganar peso (p. ej., el vómito autoprovocado) y están excesivamente preocupados por el peso y por la constitución corporal. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con los individuos con anorexia nerviosa del tipo con atracones/purgas, los individuos con bulimia nerviosa mantienen un peso corporal igual o mayor que el límite inferior normal.

**Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.** Los individuos con este trastorno pueden mostrar una pérdida de peso significativa o un déficit nutricional significativo, pero no tienen miedo a ganar peso o a engordar, ni tienen ninguna alteración en la forma de percibir su peso y su constitución corporal.

## **4.5 Bulimia nerviosa**

Criterios diagnósticos 307.51 (F50.2)

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

**En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

**En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

**Leve:** Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

**Moderado:** Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

**Grave:** Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

**Extremo:** Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

### **Características diagnósticas**

Hay tres características principales de la bulimia nerviosa: los episodios recurrentes de atracones (Criterio A), los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso (Criterio B), y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal (Criterio D). Para realizar el diagnóstico, los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados deben producirse, de promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses (Criterio C).

Un "episodio de atracón" se define como la ingestión, en un período determinado de tiempo, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en circunstancias parecidas (Criterio A1). El contexto en el cual se produce la ingesta puede condicionar la valoración del clínico acerca de si ésta es excesiva. Por ejemplo, una cantidad de alimentos que sería considerada excesiva en una comida habitual podría considerarse normal durante la comida de una celebración o una festividad. La expresión "período de tiempo determinado" se refiere a un período delimitado, generalmente inferior a 2 horas. Un único episodio de atracón no se limita necesariamente a un único entorno. Por ejemplo, un individuo puede empezar un atracón en un restaurante para después continuar comiendo al llegar a casa. Picar comida continuamente en pequeñas cantidades durante el día no se consideraría un atracón.

La existencia del consumo excesivo de alimentos debe acompañarse de una sensación de falta de control (Criterio A2) para poder considerarlo un episodio de atracón. Un indicador de la pérdida de control es la incapacidad para contenerse y no comer, o para parar de comer una vez que se ha empezado. Algunos individuos describen características disociativas durante o

después de los episodios de atracones. El deterioro del control relacionado con los atracones puede no ser absoluto; por ejemplo, un individuo puede continuar atracándose mientras suena el teléfono, pero puede parar si un compañero de habitación o su cónyuge entran de forma inesperada en la estancia. Algunos individuos explican que sus episodios de atracones ya no se caracterizan por una sensación intensa de pérdida de control, sino más bien por un patrón generalizado de ingestión incontrolada. Si los individuos declaran que han dejado de esforzarse por controlar su ingesta, se debería considerar que presentan pérdida de control. En algunos casos, los atracones también se pueden planificar.

El tipo de alimento consumido durante los atracones varía entre los distintos individuos y en un mismo individuo. Los atracones parecen caracterizarse más por una alteración de la cantidad de alimentos consumidos que por el deseo de un nutriente específico. Sin embargo, durante los atracones, los individuos tienden a comer alimentos que en otras circunstancias evitarían.

Los individuos con bulimia nerviosa se sienten típicamente avergonzados de sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones suelen producirse a escondidas o lo más discretamente posible. Los atracones a menudo continúan hasta que el individuo se siente incómodo o incluso dolorido, lleno. El antecedente más frecuente de los atracones es el sentimiento negativo. Otros desencadenantes son los factores estresantes interpersonales, la restricción de la dieta, los sentimientos negativos acerca del peso corporal, la constitución corporal y los alimentos, y el aburrimiento. Los atracones pueden minimizar o mitigar los factores que precipitaron el episodio a corto plazo, pero a menudo tienen consecuencias a largo plazo, como la autoevaluación negativa y la disforia.

Otra característica fundamental de la bulimia nerviosa es el uso recurrente de comportamientos compensatorios inapropiados para prevenir el aumento de peso, conocidos generalmente como comportamientos de purga o purgas (Criterio B). Muchos individuos con bulimia nerviosa emplean varios métodos para compensar los atracones. Vomitar es el comportamiento compensatorio inapropiado más frecuente. Entre los efectos

inmediatos de vomitar se encuentran el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a ganar peso. En algunos casos, vomitar es una finalidad en sí misma y el individuo se atracará con el fin de vomitar, o vomitará después de ingerir una pequeña cantidad de comida. Los individuos con bulimia nerviosa pueden utilizar gran variedad de métodos para provocar el vómito, entre los que se encuentra el uso de los dedos o de instrumentos para estimular el reflejo nauseoso. Los individuos generalmente se tornan habilidosos para provocarse el vómito y finalmente son capaces de vomitar a voluntad. Raramente, los individuos usan jarabe de ipecacuana para provocarse el vómito. Otro comportamiento de purga es la utilización incorrecta de laxantes y diuréticos. En casos excepcionales también se pueden utilizar otros métodos compensatorios. Los individuos con bulimia nerviosa pueden usar enemas incorrectamente después de los episodios de atracones, pero éste raramente suele ser el único método compensatorio empleado. Las personas con este trastorno pueden tomar hormona tiroidea para intentar evitar ganar peso. Los individuos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden omitir o reducir las dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos consumidos durante los atracones. Los individuos con bulimia nerviosa pueden ayunar uno o más días, o realizar ejercicio excesivo para intentar evitar el aumento de peso. El ejercicio se puede considerar excesivo cuando interfiere de un modo significativo con otras actividades importantes, cuando se realiza en momentos o en lugares inapropiados, o cuando se continúa haciendo a pesar de alguna lesión o a pesar de otras complicaciones médicas.

Las personas con bulimia nerviosa le conceden una importancia excesiva al peso o a la constitución corporal en su autoevaluación, y estos factores son, por lo general, extremadamente importantes para determinar su autoestima (Criterio D). Los individuos con este trastorno pueden parecerse mucho a los que sufren anorexia nerviosa por su miedo a ganar peso, por su deseo de perder peso y por el grado de insatisfacción con sus cuerpos. Sin embargo, no se debería hacer un diagnóstico de bulimia nerviosa si el trastorno se produce solamente durante episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

✓ **Diagnóstico diferencial**

**Anorexia nerviosa, del tipo con atracones/purgas.** Los individuos que tienen un comportamiento de atracones que se produce solamente durante los episodios de anorexia nerviosa se diagnostican de anorexia nerviosa del tipo con atracones/purgas, y no se debería realizar un diagnóstico adicional de bulimia nerviosa. En las personas con diagnóstico inicial de anorexia nerviosa que tienen atracones y purgas, pero cuya presentación ya no cumple los criterios de la anorexia nerviosa del tipo con atracones/purgas (p. ej., cuando el peso es normal), se debería realizar un diagnóstico de bulimia nerviosa solamente cuando se hayan cumplido todos los criterios de la bulimia nerviosa durante al menos 3 meses.

**Trastorno de atracones.** Algunos individuos se atracan pero no tienen comportamientos compensatorios inapropiados habitualmente. En estos casos se debería considerar el diagnóstico del trastorno de atracones.

**Síndrome de Kleine-Levin.** En ciertas afecciones neurológicas u otras afecciones médicas, como el síndrome de Kleine-Levin, se produce una alteración del comportamiento alimentario, pero no aparecen las características psicológicas propias de la bulimia nerviosa, como la preocupación excesiva por el peso y la constitución corporal.

**Trastorno depresivo mayor, con características atípicas.** Es frecuente la sobrealimentación en el trastorno depresivo mayor con características atípicas, pero las personas con este trastorno no tienen comportamientos compensatorios inapropiados y no muestran la preocupación excesiva por el peso o la constitución corporal que es característica de la bulimia nerviosa. Si se cumplen los criterios de los dos trastornos, se deben diagnosticar ambos.

**Trastorno de la personalidad límite.** El comportamiento de atracarse se incluye en el criterio de comportamiento impulsivo que forma parte de la definición del trastorno de la personalidad límite. Si se cumplen los criterios del trastorno de la personalidad límite y de la bulimia nerviosa, se deben realizar ambos diagnósticos.



## 4.5 Trastorno de atracones

Criterios diagnósticos 307.51 (F50.8)

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.

4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

**En remisión parcial:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

**En remisión total:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación).

La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

**Leve:** 1-3 atracones a la semana.

**Moderado:** 4-7 atracones a la semana.

**Grave:** 8-13 atracones a la semana.

**Extremo:** 14 o más atracones a la semana.

### **Características diagnósticas**

La característica principal del trastorno de atracones son los episodios recurrentes de atracones que deben producirse, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses (Criterio D). Un "episodio de atracón" se define como la ingesta en un período determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar y en circunstancias parecidas (Criterio A1). El contexto en el que se produce la ingestión puede afectar a la valoración del clínico de si es o no excesiva. Por ejemplo, una cantidad de comida que sería considerada excesiva en una comida habitual podría considerarse normal durante una celebración o una festividad. La expresión "período de tiempo determinado" se refiere a un período delimitado, generalmente inferior a las 2 horas. Un único episodio de atracón no necesita limitarse a un único entorno. Por ejemplo, un individuo puede empezar un atracón en un restaurante para después continuar comiendo al llegar a casa. Picar comida continuamente en pequeñas cantidades durante el día no se consideraría un atracón.

La existencia del consumo excesivo de alimentos debe acompañarse de una sensación de falta de control (Criterio A2) para considerarlo un episodio de atracón. Un indicador de la pérdida de control es la incapacidad para contenerse y no comer, o para parar de comer una vez que se ha empezado. Algunos individuos refieren características disociativas durante o después de los episodios de atracones. El deterioro del control que se relaciona con los atracones puede no ser absoluto; por ejemplo, un individuo puede continuar atracándose mientras suena el teléfono, pero puede parar si un compañero de habitación o su cónyuge entra de forma inesperada en la estancia. Algunos individuos explican que sus episodios de atracones ya no se caracterizan por una sensación intensa de pérdida de control, sino más bien por un patrón generalizado de ingestión incontrolada. Si los individuos refieren que han dejado de esforzarse por controlar su ingesta, se debería considerar que existe pérdida de control. En algunos casos, los atracones también se pueden planificar.

El tipo de alimento consumido durante los atracones varía entre los distintos individuos y en un mismo individuo. Los atracones parecen caracterizarse más por una alteración de la cantidad de alimentos consumidos que por el deseo de un nutriente específico.

Los atracones deben caracterizarse por un malestar intenso (Criterio C) y, al menos, tres de los hechos siguientes: comer mucho más rápidamente de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente, comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere, y sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado (Criterio B).

Los individuos con trastorno de atracones se sienten típicamente avergonzados por sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones suelen producirse a escondidas o lo más discretamente posible. Los atracones a menudo continúan hasta que el individuo se siente incómodo, o incluso dolorido, lleno. El antecedente más frecuente de los atracones es el sentimiento negativo. Otros desencadenantes son los factores estresantes interpersonales, la restricción de la dieta, los sentimientos negativos acerca del peso corporal, la constitución corporal y los alimentos, y el aburrimiento. Los atracones pueden

minimizar o mitigar los factores que precipitaron el episodio a corto plazo, pero a menudo producen una autoevaluación negativa y disforia como consecuencias a largo plazo.

### **Características asociadas que apoyan el diagnóstico**

El trastorno de atracones se produce normalmente en personas de peso normal/sobrepeso y en personas obesas. Se ha asociado con frecuencia al sobrepeso y a la obesidad en los individuos que buscan tratamiento. Sin embargo, el trastorno de atracones es distinto de la obesidad. La mayoría de las personas obesas no tiene atracones recurrentes. Además, en comparación con los individuos obesos de igual peso pero sin trastorno de atracones, a los que tienen el trastorno consumen un mayor número de calorías en los estudios de laboratorio acerca del comportamiento alimentario y presentan mayor deterioro funcional, menor calidad de vida, mayor malestar subjetivo y mayor comorbilidad psiquiátrica.

#### ✓ **Diagnóstico diferencial**

**Bulimia nerviosa.** El trastorno de atracones comparte con la bulimia nerviosa los atracones recurrentes, pero difiere de ella en otros aspectos fundamentales. En lo que se refiere a la presentación clínica, el comportamiento compensatorio recurrente inapropiado (p. ej., purgas, ejercicios dirigidos) que se observa en la bulimia nerviosa está ausente en el trastorno de atracones. A diferencia de los individuos con bulimia nerviosa, los individuos con trastorno de atracones no suelen restringir intensa o sustancialmente la dieta con la idea de influir sobre el peso corporal y la constitución entre los episodios de atracones. Pueden, sin embargo, referir intentos frecuentes de hacer régimen. El trastorno de atracones también difiere de la bulimia nerviosa en cuanto a su respuesta al tratamiento. Las tasas de mejoría son consistentemente mayores entre los individuos con trastorno de atracones que entre los que padecen bulimia nerviosa.

**Obesidad.** El trastorno de atracones se asocia al sobrepeso y la obesidad, pero tiene características fundamentales distintivas que lo diferencian de la obesidad. En primer lugar, los niveles de sobrevaloración del peso y la constitución corporal son más elevados en las personas obesas con el trastorno que en aquellas sin el trastorno. En segundo lugar, las tasas

de comorbilidad psiquiátrica son significativamente más altas entre las personas obesas con el trastorno que entre las que no lo presentan. En tercer lugar, los resultados satisfactorios a largo plazo de los tratamientos psicológicos basados en datos científicos, para el trastorno de atracones contrastan con la ausencia de tratamientos eficaces a largo plazo en la obesidad.

Trastornos depresivo y bipolar. El aumento del apetito y el aumento de peso se incluyen entre los criterios del episodio depresivo mayor y en los especificadores de características atípicas de los trastornos depresivos y bipolares. El aumento de la alimentación en el contexto de un episodio depresivo mayor puede o no estar relacionado con la pérdida de control. Si se cumplen todos los criterios de los dos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos. Se pueden observar atracones y otros síntomas de un comportamiento alimentario alterado en el trastorno bipolar. Si se cumplen todos los criterios de los dos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos.

Trastorno de la personalidad límite. Los atracones se encuentran entre los criterios de comportamiento impulsivo que forman parte de la definición del trastorno de la personalidad límite. Si se cumplen los criterios de los dos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos.

#### **4.7 Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado**

307.59 (F50.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. La categoría de otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de la

conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "bulimia nerviosa de frecuencia baja").

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

**1. Anorexia nerviosa atípica:** Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.

**2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada):** Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

**3. Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada):** Se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.

**4. Trastorno por purgas:** Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

**Síndrome de ingesta nocturna de alimentos:** Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro

trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación.

#### **4.8 Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado.**

307.50 (F50.9)

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

#### **Trastorno bipolar II**

A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaniaco (Criterios A-F en "Episodio hipomaniaco" antes citado) y al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A-C en "Episodio de depresión mayor" antes citado).

B. Nunca ha habido un episodio maniaco.

C. La aparición del episodio(s) hipomaniaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

D. Los síntomas de depresión o la incertidumbre causada por la alternancia frecuente de períodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

### **Procedimientos de codificación y registro**

El trastorno bipolar II tiene un código diagnóstico: 296.89 (F31.81). Su gravedad actual, la presencia de características psicóticas, el curso y otros especificadores no se pueden codificar, pero deberían indicarse por escrito (p. ej., 296.89 [F31.81] trastorno bipolar II, episodio depresivo actual, gravedad moderada, con características mixtas; 296.89 [F31.81] trastorno bipolar II, episodio depresivo más frecuente, en remisión parcial).

Especificar el episodio actual o más reciente:

#### **Hipomaniaco**

#### **Depresivo**

Especificar sí:

**Con ansiedad** (pág. 149)

**Con características mixtas** (págs. 149-150)

**Con ciclos rápidos** (págs. 150-151)

**Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo** (pág. 152)

**Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo** (pág. 152)

**Con catatonía** (pág. 152). **Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).

**Con inicio en el periparto** (págs. 152-153)

**Con patrón estacional** (págs. 153-154): Sólo se aplica al patrón de episodios de depresión mayor.

Especificar el curso si no se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo:

**En remisión parcial** (pág. 154) **En remisión total** (pág. 154)

Especificar la gravedad si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo:



**Leve** (pág. 154)

**Moderado** (pág. 154)

**Grave** (pág. 154)

✓ **Características diagnósticas**

El trastorno bipolar II se caracteriza por un curso clínico con episodios afectivos recurrentes consistentes en uno o más episodios de depresión mayor (Criterios A—C en "Episodio de depresión mayor") y, al menos, un episodio hipomaniaco (Criterios A—F en "Episodio hipomaniaco"). El episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas y el episodio hipomaniaco debe durar al menos 4 días para que se cumplan los criterios diagnósticos. Durante el episodio afectivo, los síntomas requeridos para el diagnóstico deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, y deben suponer un cambio apreciable del funcionamiento y la conducta habituales del sujeto. La presencia de un episodio maniaco durante el curso de la enfermedad descarta el diagnóstico de trastorno bipolar II (Criterio B en "Trastorno bipolar II"). Los episodios de trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, de trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastornos relacionados (que suponen los efectos fisiológicos de una medicación, de otro tratamiento somático para la depresión, de una droga de abuso o de la exposición a tóxicos), de trastorno depresivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica, o de trastorno bipolar o trastornos relacionados debidos a otra afección médica no cuentan para el diagnóstico de trastorno bipolar II a menos que persistan más allá de los efectos fisiológicos del tratamiento o la sustancia y si se cumple el criterio de duración del episodio. Además, los episodios no pueden explicarse mejor mediante el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos al diagnóstico de esquizofrenia, de trastorno esquizofreniforme, de trastorno delirante o de otros trastornos especificados o sin especificar del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (Criterio C en "Trastorno bipolar II"). Los episodios depresivos o las fluctuaciones hipomaniacas deben causar un malestar clínicamente significativo o una alteración del rendimiento social, laboral o en otras áreas (Criterio D en "Trastorno bipolar II"); sin embargo, este requisito no se tiene que cumplir para los episodios hipomaniacos. Un episodio hipomaniaco que causara una alteración significativa reuniría probablemente más condiciones para el diagnóstico de

episodio maníaco y, por tanto, para el diagnóstico de trastorno bipolar I. Los episodios depresivos mayores recurrentes son más frecuentes y más prolongados que los que aparecen en el trastorno bipolar I.

Los pacientes con trastorno bipolar II normalmente acuden al facultativo durante un episodio depresivo mayor y es poco probable que se quejen inicialmente de síntomas de hipomanía. Normalmente, los episodios hipomaniacos no causan por sí mismos disfunción. En cambio, la disfunción es consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón persistente de cambios impredecibles y fluctuantes del estado de ánimo y de un patrón de relaciones interpersonales o laborales poco fiables. Los pacientes con trastorno bipolar II puede que no vean los episodios hipomaniacos como patológicos o desfavorables, aunque el comportamiento errático del individuo pueda molestar a otras personas.

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

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

### ✓ **Diagnóstico diferencial**

Trastorno depresivo mayor. Quizás el diagnóstico diferencial más complicado sea con el trastorno depresivo mayor, que puede acompañarse de síntomas hipomaniacos o maniacos que no reúnen todos los criterios (p. ej., menos síntomas o una menor duración que la requerida para un episodio hipomaniaco). Esto es especialmente importante al evaluar pacientes con síntomas de irritabilidad, que se pueden asociar al trastorno depresivo mayor o el trastorno bipolar II.

Trastorno ciclotímico. En el trastorno ciclotímico hay bastantes períodos de síntomas hipomaniacos y períodos de síntomas depresivos que no reúnen los criterios sintomáticos o de la duración del episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios de depresión mayor. Si apareciera un episodio depresivo mayor tras los primeros dos años de un trastorno ciclotímico, se realizaría el diagnóstico de trastorno bipolar II.

Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. El trastorno bipolar II debe distinguirse de los trastornos psicóticos (p. ej., trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y trastorno delirante). La esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante se caracterizan por períodos de síntomas psicóticos que aparecen en ausencia de síntomas afectivos prominentes. Otras consideraciones que pueden ser útiles hacen referencia a los síntomas acompañantes, el curso previo y la historia familiar.

Trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad. En el diagnóstico diferencial se deben considerar los trastornos de ansiedad, que a menudo se presentan de modo concomitante.

Trastornos por abuso de sustancias. Los trastornos por abuso de sustancias se incluyen en el diagnóstico diferencial.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) puede confundirse con el trastorno bipolar II, especialmente en los niños y en los adolescentes y la menor necesidad de sueño, se solapan con los síntomas de hipomanía. Se podría evitar la "doble contabilidad" de los síntomas, tanto del TDAH como del trastorno bipolar II, si el clínico clarifica si los síntomas suponen o no un episodio diferente y si existe o no el aumento apreciable del estado basal que se requiere para el diagnóstico de trastorno bipolar II.

Trastornos de personalidad. El mismo convenio que se aplica para el TDAH también es válido cuando se evalúa a un paciente con trastorno de la personalidad, ya que la labilidad afectiva y la impulsividad son tan frecuentes en los trastornos de la personalidad como en el trastorno bipolar II. Los síntomas deben suponer un episodio diferente y debe existir el incremento apreciable sobre el estado basal que se requiere para el diagnóstico de trastorno bipolar II. No se debería realizar un diagnóstico de trastorno de la personalidad durante un episodio afectivo sin tratar, a menos que la historia vitalicia avale la presencia de un trastorno de la personalidad.

Otros trastornos bipolares. El diagnóstico de trastorno bipolar II se debería diferenciar del trastorno bipolar I considerando con cuidado si han existido en el pasado episodios de manía, de otros trastornos bipolares, especificados o sin especificar, o de otros trastornos relacionados, y confirmando la presencia de un síndrome completo de hipomanía y de depresión.

## **Bibliografía básica y complementaria:**

- Kupfer. David. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V). España, 2014. Panamericana.
- James Morreison. DSM V. Guía para el diagnóstico, España 2015 Panamericana.
- John W. Barrnhill DSM V Casos clínicos. España 2015. Panamericana.
- Phares Jerry. Psicología Clínica, 1999. Manual Moderno.
- Sentés Castella. Psiquiatría para médicos no psiquiatras. 2011. Panamericana.
- Carlson Neil. Fisiología de la conducta. 2014. Pearson.