



CUADRO SINOPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: FERNANDA PATRICIA HERNANDEZ DIAZ

NOMBRE DEL MAESTRO: LILIANA VILLEGAS LOPEZ

MATERIA: PSICOPATOLOGÍA

TRABAJO: CUADRO SINOPTICO

PARCIAL: 1 ER MODULO

GRUPO: LPS19SSC0920-A

CUATRIMESTRE: 6°

UNIDAD III

Trastorno Obsesivo Compulsivo

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones.

OBSESIONES

Son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados

son pensamientos (p. ej., de contaminación), imágenes (p. ej., de escenas violentas o terroríficas) o impulsos (p. ej., de apuñalar a alguien) de naturaleza repetitiva y persistente.

COMPULSIONES

son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente.

son conductas (p. ej., el lavado, la comprobación) o actos mentales (p. ej., contar, repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con unas normas que se deben aplicar de manera rígida.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:
Las obsesiones se definen por (1) y (2):
1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusos o no deseados, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión). Las compulsiones se definen por (1) y (2):
1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos. Nota: Los niños

B

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

C

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

D

La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a los

UNIDAD III

Trastorno dismórfico corporal

Históricamente conocido como *dismorfofobia*; están preocupados por uno o más defectos percibidos en su apariencia física, por lo que se ven feos, poco atractivos, anormales o deformes.

PREOCUPACIONES

el pelo (p. ej., "adelgazamiento del pelo" o "excesivo" vello facial o en el cuerpo) o la nariz (p. ej., el tamaño o la forma).

Sin embargo, cualquier área del cuerpo puede ser el foco de preocupación.

es una forma de trastorno dismórfico corporal que ocurre casi exclusivamente en los varones y consiste en la preocupación por la idea de que el cuerpo es demasiado pequeño o insuficientemente magro o musculado.

Dismorfia muscular

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.

B

En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, afeitarse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto

C

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

D

La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación)

UNIDAD III

Trastorno de acumulación

La característica esencial del trastorno de acumulación son las dificultades persistentes para deshacerse o separarse de las posesiones, independientemente de su valor real.

Persistente

indica una dificultad de larga duración en vez de las circunstancias de vida más transitorias que pueden conducir al desorden excesivo, como la herencia de bienes.

se refiere a cualquier forma de descarte, incluyendo tirar, vender, regalar o reciclar

Sintomas

las dificultades de deshacerse y/o el desorden) deben causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en importantes ámbitos sociales, laborales o de otro tipo de funcionamiento, incluido el mantenimiento de un ambiente seguro para uno mismo y los demás.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

Dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones, independientemente de su valor real.

B

Esta dificultad es debida a una necesidad percibida de guardar las cosas y al malestar que se siente cuando uno se deshace de ellas

C

La dificultad de deshacerse de las posesiones da lugar a la acumulación de cosas que congestionan y abarrotan las zonas habitables y alteran en gran medida su uso previsto. Si las zonas habitables están despejadas, sólo es debido a la intervención de terceros (p. ej., miembros de la familia, personal de limpieza, autoridades)

D

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

E

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

Tricotilomanía

La característica esencial de la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) es el acto recurrente de arrancarse el propio pelo.

CONSISTE

El acto de arrancar el pelo puede afectar a cualquier región del cuerpo en la que crezca pelo; las localizaciones más frecuentes son el cuero cabelludo, las cejas y los párpados

mientras que los sitios menos comunes son el vello axilar, el facial, el púbico y el de las regiones peri rectales.

El acto de arrancarse el pelo puede aparecer en forma de episodios breves repartidos durante todo el día o en períodos menos frecuentes, pero más sostenidos, de horas de duración, y tales tirones de pelo pueden durar meses o años.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

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

B

Intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo.

C

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

D

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

E

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

UNIDAD III

Trastorno de excoriación

La característica esencial del trastorno de excoriación (rascarse la piel) es el rascado recurrente de la propia piel.

SITOS

Los sitios más frecuentemente escogidos son la cara, los brazos y las manos, pero muchas personas eligen múltiples lugares del cuerpo

Las personas pueden rascarse la piel sana, las irregularidades menores de la piel y las lesiones, como granos o callos, o las costras de anteriores rascados

Los individuos con trastorno de excoriación a menudo pasan una cantidad significativa de su tiempo realizando comportamientos de rascado, a veces varias horas al día, y esta excoriación de la piel puede durar meses o años.

RAZONES

Los individuos con trastorno de excoriación han realizado repetidos intentos de disminuir o cesar el rascado de la piel.

El término malestar incluye los efectos negativos de la angustia que pueden experimentar las personas al rascarse la piel, como un sentimiento de pérdida de control, molestia y vergüenza. El deterioro significativo puede ocurrir en diferentes áreas de funcionamiento (p. ej., social, laboral, académica y de ocio), en parte debido a la evitación de situaciones sociales.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas.

B

Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel.

C

Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

D

El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).

E

El hecho de rascarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados, o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).

UNIDAD III

Trastorno obsesivo compulsivo y relacionados debido a otra afección médica

Es la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos significativos y afines cuya mejor explicación es que son consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica

SINTOMAS

pueden consistir en obsesiones prominentes, compulsiones, preocupaciones por la apariencia, acumulación, arrancarse el pelo, pellizcarse la piel o cualquier otra conducta repetitiva y centrada en el cuerpo

se debería descartar que los síntomas no se puedan explicar mejor por otro trastorno mental.

El diagnóstico no se establece si los síntomas obsesivo compulsivos y afines aparecen únicamente durante el transcurso de un delirium. Los síntomas obsesivo-compulsivos y afines deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de cualquier otra área importante para el individuo

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

Las obsesiones, compulsiones, preocupaciones por el aspecto, acumulación, rascarse la piel, arrancarse el pelo, otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo u otros síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados predominan en el cuadro clínico.

B

Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica

C

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental

D

La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium. E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

UNIDAD III

Trastorno de apego reactivo

El trastorno de apego reactivo de la lactancia o la primera infancia se caracteriza por un patrón de conductas de apego notablemente alterado e inadecuado para el desarrollo, en el que el niño raramente recurre a una figura de apego para su comodidad, apoyo, protección y crianza.

CARACTERÍSTICA

el trastorno se caracteriza por la ausencia de búsqueda del consuelo que sería de esperar y por la falta de respuesta a las conductas de consuelo.

muestran una expresión ausente o disminuida de las emociones positivas durante las interacciones rutinarias con sus cuidadores.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

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

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

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

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

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

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

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

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

El trastorno es evidente antes de los 5 años.

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

UNIDAD III

Trastorno de relación social desinhibida

Este comportamiento demasiado familiar traspasa los límites sociales de la cultura.

CARACTERISTICA

es un patrón de comportamiento que implica un comportamiento culturalmente inapropiado, demasiado familiar con personas relativamente extrañas.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

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

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

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

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

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

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

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

UNIDAD III
Trastorno de estrés posttraumático

La presentación clínica del TEPT varía. En algunos individuos se basa en la reexperimentación del trauma, y pueden predominar los síntomas emocionales y de comportamiento.

CARACTERÍSTICA

La presentación clínica del TEPT varía. En algunos individuos se basa en la reexperimentación del trauma, y pueden predominar los síntomas emocionales y de comportamiento.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

A

Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, por ser testigo o ser víctima, en un acto más de las formas siguientes:
 1. Experiencia directa del suceso traumático.
 2. Presencia directa del suceso traumático o sus efectos.
 3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles gráficos del suceso traumático (p. ej., noticias que muestran restos humanos, películas repetidamente expuestas a detalles del maltrato infantil).
 Nota: El Criterio A no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, o imágenes que esta exposición está relacionada con el trabajo.

B

Presencia de uno o más de los síntomas de reactivación siguientes asociados al suceso traumático, que comienza después del suceso traumático:
 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático. Nota: En los niños menores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del suceso traumático.
 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido principal del sueño está relacionado con el suceso traumático. Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradoros no reconocidos.
 3. Reacciones dissociativas (p. ej., escenas retrospectivas en las que el sujeto siente o actúa como si se tratara de su suceso traumático) o estas reacciones le pueden producir de forma repetida, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

C

Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

D

Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:
 1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia dissociativa) y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas.
 2. Creencia o expectativa negativa persistente e injustificada sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Soy culpable", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Nadie los va a cuidar").
 3. Percepción distorsionada persistente de la culpa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, horror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución o pérdida del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o entorpecimiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amistosos).

E

Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:
 1. Comportamiento irritable y enfadado de forma punza o ninguna provocación que se expresen típicamente como: agresión verbal o física con personas o objetos.
 2. Comportamiento destructivo o autolesivo.

Trastorno de estrés
postraumático

La presentación clínica del TEPT varía. En algunas
individuos se basan en la reexperimentación del
trauma, y pueden producirse los síntomas
emocionales y de comportamiento.

CARACTERÍSTICA

es el desarrollo de síntomas específicos tras la
exposición a uno o más eventos traumáticos.

La presentación clínica del TEPT varía. En algunas
individuos se basa en la reexperimentación del trauma, y
pueden producirse los síntomas emocionales y de
comportamiento.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenazada, en uno o
más de las formas siguientes:

1. Exposición directa del suceso(s) traumático(s)
2. Presencia directa del suceso(s) traumático(s) a otros
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido con familiar próximo o a
un amigo íntimo. En los casos de amenaza o maltrato de muerte de un familiar o amigo,
el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repetitivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej.,
reportajes que recogen hechos humanitarios; películas repetitivamente expuestas a detalles del
suceso(s) traumático).

Nota: El Criterio A tiene su aplicación a la exposición a través de medios electrónicos,
televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el
trabajo.

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

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s)
traumático(s). Por lo general, los sueños recurrentes de 6 años, se pueden producir sueños
repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido (yo o alguien del sueño) está
relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota: En los sueños, pueden existir sueños
alternados en un sueño recurrente.
3. Reacciones dissociativas (p. ej., aturdimiento retrospectivo) en las que el sujeto siente o
actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). Estas reacciones se pueden producir
de forma continua, y la exposición más extrema es una patología con pérdida de conciencia del
entorno presente.)

Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el
suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por uno o los dos características
siguientes:

1. Evitación o esfuerzo para evitar recuerdos, pensamientos, o sentimientos angustiosos
acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzo para evitar recordatorios externos (personas, lugares,
conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten recuerdos,
pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s)
traumático(s).

Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s)
traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s),
como se pone de manifiesto por
dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s)
debido a la amnesia o a través de la disonancia y los otros factores como la evitación
cognitiva, alcohol o drogas.
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo,
los demás o el mundo (p. ej., "soy mal", "no puedo confiar en nadie", "el
mundo es muy peligroso", "tengo los nervios destrozados").
3. Percepción distorsionada persistente de la culpa o las consecuencias del
suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acusa a sí mismo o a los
demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o
vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades
significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad,
satisfacción o sentimientos amorosos).

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

1. Comportamientos irritables y a menudo de función para o dirigidos a personas o objetos
que se experimentan como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento irracional o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño
espasmo).

La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

UNIDAD III

Trastorno de estrés posttraumático

La presentación clínica del TEPT varía. En algunos individuos se basa en la reexperimentación del miedo, y pueden producirse los síntomas emocionales y de comportamiento.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos.

CREATIVITICA

La presentación clínica del TEPT varía. En algunos individuos se basa en la reexperimentación del miedo, y pueden producirse los síntomas emocionales y de comportamiento.

A

Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenazada, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento e accidental.
4. Exposición repetida o sostenida a detalles recurrentes del suceso(s) traumático(s) (p. ej., suministrar los rescues a heridos humanos, policias repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B

Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s).
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir sueños negativos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños, pueden estar estos sueños asociados con el suceso(s) traumático(s).
3. Ilusiones dissociadas (p. ej., episodios retrospectivos) en las que el sujeto siente o actúa como si le hubiera ocurrido el suceso(s) traumático(s). (Estas ilusiones se pueden producir de forma continua, y la seguridad más extrema en una período completa desconexión del entorno presente).

C

Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por uno o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D

Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a una amnesia dissociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Soy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Junto los he hecho destrozados").
3. Percepción distorsionada persistente de la culpa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, horror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimientos de desapego o extrñamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E

Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alucinación del sueño (p. ej., dificultad para dormir o controlar el sueño, o sueños inquietos).

F

La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

UNIDAD III

Trastorno de estrés postraumático

La presentación clínica del TEPT varía. En algunos individuos se basa en la reexperimentación del evento, y pueden predominar los síntomas intrínsecos y de comportamiento.

DIAGNOSTICO

es el desarrollo de alteraciones que se manifiestan tras la exposición a uno o más eventos traumáticos.
 La presentación clínica del TEPT varía. En algunos individuos se basa en la reexperimentación del evento, y pueden predominar los síntomas intrínsecos y de comportamiento.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

- A**

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

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

Nota: El criterio A1 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.
- B**

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

 1. Recuerdos espontáneos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s), hasta en los días siguientes de 6 años, se pueden producir según repetidos arcos que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
 2. Sueños espontáneos recurrentes en los que el contenido y/o el efecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s), hasta en los días, pueden existir sueños alternativos sin contenido recordado.
 3. Reacciones dissociativas (p. ej., encarnas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se viviera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones, se pueden producir de forma continua, y la exposición más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
- C**

Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por uno o las dos características siguientes:

 1. Evitación o elusión para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos espontáneos acerca o relacionados asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o elusión para evitar personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos espontáneos acerca o relacionados asociados al suceso(s) traumático(s).
- D**

Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

 1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (especialmente a amenaza dissociativa y tal o otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Soy malo", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Según los nervios destruí todo").
 3. Percepción distorsionada persistente de la culpa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acusa a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desespero o entorpecimiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E**

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

 1. Comportamiento irritable y cambios de humor para o contra provocación que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra persona u objeto.
 2. Comportamiento irracional o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño repetido).
- F**

La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G**

La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otros áreas importantes del funcionamiento.
- H**

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

UNIDAD III

Trastorno de estrés agudo

¿qué valor según la persona, pero normalmente implica una respuesta de ansiedad que incluye alguna forma de revivir el suceso traumático o de reactividad al evento traumático.

DEFINICIÓN

La característica esencial del trastorno de estrés agudo es el desarrollo de síntomas característicos con una duración de 3 días a 1 mes tras la exposición a uno o más eventos traumáticos.

Los eventos traumáticos que se exponen al directamente son, aunque no se limitan a ellos, la exposición a la guerra o otros combates o a su consecuencia, la amenaza o el suceso violento personal (p. ej., la violencia sexual, la agresión física, el combate activo, el secuestro).

En algunas personas puede predominar una presentación dissociativa o separada, aunque en esas personas suelen sentir o mostrar una fuerte reactividad emocional o fisiológica en respuesta a los recuerdos del trauma.

SÍNTOMAS

El cuadro completo de síntomas se debe presentar durante el mes tras los 3 días posteriores al evento traumático y sólo se puede diagnosticar hasta 1 mes después del suceso.

Los síntomas que se producen inmediatamente después de los hechos, pero cuya resolución se produce antes de los 3 días, no cumplen los criterios de trastorno de estrés agudo.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

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

1. Exposición directa del suceso (traumático)
2. Presencia directa del suceso (ocultado) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. Nota: En los casos de amenaza o miedo de muerte de un familiar o amigo, el suceso: ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o sistemática a detalles repetitivos del suceso (traumático) (p. ej., víctimas que recogen restos humanos, policías repentinamente expuestos a detalles del suceso infantil). Nota: Esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, o medios que esta exposición está relacionada con el trabajo.

B

Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de

1. Recuerdos agudizados recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso (traumático). Nota: En los niños, se pueden producir juegos repetitivos en los que se recrean temas o aspectos del suceso (traumático).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido o el afecto del sueño está relacionado con el suceso. Nota: En los niños, pueden ocurrir sueños aterradores sin contenido reconocible.
3. Reacciones dissociativas (p. ej., miradas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso (traumático) (estas reacciones se pueden producir de forma consciente, y la exposición más reciente es una pérdida completa de conciencia del entorno presente (disociación)). Nota: En los niños, se pueden producir episodios de pérdida de conciencia.
4. Síntomas psicológicos: miedo o prolongado, o asociaciones fisiológicas involuntarias en respuesta a factores internos o externos que se relacionan o se parecen a un aspecto del suceso (traumático). Estado de ánimo negativo.
5. Irritabilidad persistente de experimente o emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos). Síntomas dissociativos.
6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verán un mismo desde la perspectiva de otro, estar soñando, lentitud del tiempo).
7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso (traumático) (debido a la amnesia o a una desatención y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas). Síntomas de evitación.
8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos o sentimientos asociados al suceso (traumático).
9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despertaran recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos o sentimientos de o emociones asociadas al suceso (traumático). Síntomas de alerta.
10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
11. Comportamiento irritable y síntomas de falta de control o ninguna preocupación que se expresen típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
12. Hipervigilancia.
13. Preocupación con la concentración.
14. Respuesta de sobresalto exagerada.

C

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

D

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

E

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

UNIDAD III

Trastorno de adaptación

La presencia de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor de estrés identificable es la característica esencial de los trastornos de adaptación.

FACTORES

factor de estrés puede ser un solo evento (p. ej., el fin de una relación sentimental) o puede haber múltiples factores de estrés (p. ej., serias dificultades en los negocios y los problemas maritales).

Los factores estresantes pueden ser recurrentes (p. ej., asociados a las crisis temporales de un negocio, unas relaciones sexuales insatisfactorias) o continuos (p. ej., una enfermedad dolorosa persistente con aumento de la discapacidad, vivir en un vecindario con alta criminalidad).

Los factores de estrés pueden afectar a un solo individuo, a una familia entera, o a un grupo más grande o comunidad (p. ej., un desastre natural).

Los trastornos de adaptación se pueden diagnosticar después de la muerte de un ser querido, cuando la intensidad, la calidad o la persistencia de las reacciones de duelo superan lo que normalmente cabría esperar, teniendo en cuenta las normas culturales, religiosas o apropiadas para la edad.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

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

B

Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C

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

D

Los síntomas no representan el duelo normal.

E

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

UNIDAD III

Trastorno de identidad disociativa

Es la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o una experiencia de posesión

CARACTERÍSTICA

la manifestación o no de estos estados de personalidad varía en función de la motivación psicológica, el nivel actual de estrés, la cultura, los conflictos internos y dinámicos y la tolerancia emocional.

En muchos casos de trastorno de identidad disociativo en forma de posesión y en una pequeña proporción de casos sin manifestación de posesión son muy evidentes las manifestaciones de las identidades alternativas.

Cuando no se observan directamente los estados de personalidad alternativa, el trastorno puede ser identificado por dos grupos de síntomas: 1) las alteraciones repentinas o la discontinuidad sobre el sentido del yo y el sentido de la entidad y 2) las amnesias disociativas recurrentes.

Los individuos con trastorno de identidad disociativo pueden referir la sensación de que, de repente, se han convertido en observadores despersonalizados de su "propio" discurso y acciones, y que pueden sentirse impotentes para detenerlos (sentido del yo).

Los individuos con trastorno de identidad disociativo varían en su conciencia y actitud hacia sus amnesias.

Los trastornos de adaptación se pueden diagnosticar después de la muerte de un ser querido, cuando la intensidad, la calidad o la persistencia de las reacciones de duelo superan lo que normalmente cabría esperar, teniendo en cuenta las normas culturales, religiosas o apropiadas para la edad.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

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

B Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante y/o sucesos traumáticos incompatibles con el olvido ordinario.

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

D La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada. Nota: En los niños, los síntomas no deben confundirse con la presencia de amigos imaginarios u otros juegos de fantasía.

E Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laguna mental o comportamiento caótico durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

UNIDAD III

Amnesia disociativa

es una incapacidad para recordar información importante autobiográfica que: 1) debe almacenarse con éxito en la memoria, y 2) normalmente sería recordada fácilmente.

CARACTERISTICA

La amnesia disociativa se diferencia de las amnesias permanentes debido al daño neurobiológico o a la toxicidad que impiden el almacenamiento de memoria o la recuperación, ya que siempre es potencialmente reversible porque la memoria ha sido almacenada con éxito.

amnesia localizada

Es la incapacidad de recordar hechos durante un periodo restringido de tiempo, y constituye la forma más común de amnesia disociativa. La amnesia localizada puede ser más amplia que la amnesia para un solo evento traumático (p. ej., meses o años de abuso durante la infancia o una guerra intensa).

amnesia selectiva

El individuo puede recordar algunos, pero no todos, los eventos durante un periodo de tiempo circunscrito. Por lo tanto, el individuo puede recordar parte de un evento traumático pero no otras partes. Algunas personas informan de ambas amnesias, localizada y selectiva.

amnesia generalizada

Es la pérdida total de la memoria que abarca toda la vida del individuo y es infrecuente. Los individuos con amnesia generalizada pueden olvidar su identidad personal.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

Incapacidad de recordar información autobiográfica importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es incompatible con el olvido ordinario.
Nota: La amnesia disociativa consiste la mayoría de veces en amnesia localizada o selectiva de un suceso o sucesos específicos, o amnesia generalizada de la identidad y la historia de vida.

B

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

C

La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., alcohol u otra droga, un medicamento) u otra afección neurológica o médica (p. ej., epilepsia parcial compleja, amnesia general transitoria, secuelas de una contusión craneal/traumatismo cerebral, otra afección neurológica).

D

La alteración no se explica mejor por un trastorno de identidad disociativo, un trastorno de estrés posttraumático, un trastorno de estrés agudo, un trastorno de síntomas somáticos o un trastorno neurocognitivo importante o leve.

UNIDAD III

Trastorno de despersonalización

son episodios persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas

CARACTERÍSTICA

Se caracteriza por una sensación de irrealidad o distanciamiento o no estar familiarizado con el mundo, ya sean individuos, objetos inanimados o todos los alrededores

El individuo puede sentirse como si él o ella estuviese en una niebla, un sueño o una burbuja, o como si existiese un velo o una pared de cristal entre el individuo y el mundo que le rodea

El entorno puede verse como artificial, sin color o sin vida. La desrealización está acompañada normalmente por distorsiones visuales subjetivas, tales como visión borrosa, agudeza visual aumentada, campo visual ampliado o reducido, bidimensionalidad o planitud, exageración de la tridimensionalidad, alteraciones en la distancia o tamaño de los objetos (p. ej., macropsia o micropsia)

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

Presencia de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas:

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

A

Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad se mantienen intactas.

B

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

C

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

D

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como la esquizofrenia, el trastorno de pánico, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés posttraumático u otro trastorno disociativo.

E

UNIDAD III

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

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

Trastorno del tipo dismórfico corporal con imperfecciones reales:

Es similar al trastorno dismórfico corporal excepto en que los defectos o imperfecciones en el aspecto físico son claramente observables por otras personas (es decir, se aprecian en grado superior a "ligeros"). En estos casos, la preocupación por estas imperfecciones es claramente excesiva y causa problemas o malestar importante.

Trastorno del tipo dismórfico corporal sin comportamientos repetitivos:

Presentaciones que cumplen el trastorno dismórfico corporal excepto en que el sujeto no realiza comportamientos o actos mentales repetitivos en respuesta a la preocupación por el aspecto

Trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo:

Se caracteriza por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo recurrentes (p. ej., morderse las uñas, morderse los labios, morderse la mucosa de las mejillas) e intentos repetidos de disminuir o abandonar restos comportamientos. Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y no se explican mejor por la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el trastorno de excoriación (rascarse la piel), el trastorno de movimientos estereotipados o la autolesión no suicida.

Celos obsesivos:

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

Shubo-kyofu:

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

Koro:

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

Jikoshu-kyofu:

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

UNIDAD III

Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

1. Trastornos del tipo de adaptación con inicio retardado de los síntomas que se producen más de tres meses después del factor de estrés.

2. Trastornos del tipo de adaptación con duración prolongada de más de seis meses sin duración prolongada del factor de estrés.

3. Ataque de nervios: Véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en el Apéndice.

4. Otros síndromes culturales: Véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en el Apéndice

5. Trastorno de duelo complejo persistente: Este trastorno se caracteriza por la pena intensa y persistente y por reacciones de luto (véase el capítulo "Afecciones que necesitan más estudio" en la Sección III).

UNIDAD III

Otros trastornos disociativos especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos disociativos

1. Síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos:

Esta categoría incluye el trastorno de identidad asociado a interrupciones no demasiado intensas del sentido del yo y del sentido de la entidad, o alteraciones de la identidad o episodios de posesión en un individuo que refiere amnesia no disociativa.

2. Alteración de la identidad debida a persuasión coercitiva prolongada e intensa:

Los individuos que han estado sometidos a persuasión coercitiva intensa (p. ej., lavado de cerebro, reforma de las ideas, adoctrinamiento durante el cautiverio, tortura, encarcelamiento político prolongado, reclutamiento por sectas/cultos religiosos o por organizaciones criminales) pueden presentar cambios prolongados de su identidad o duda consciente acerca de su identidad.

3. Reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes:

Esta categoría se aplica a afecciones agudas transitorias que duran por lo general menos de un mes y, en ocasiones, solamente unas horas o días. Estas afecciones se caracterizan por la presencia de limitación de la consciencia, despersonalización, desrealización, alteraciones de la percepción (p. ej., lentitud del tiempo, macropsia), micro amnesias, estupor transitorio, y/o alteraciones del funcionamiento sensitivo motor (p. ej., analgesia, parálisis).

4. Trance disociativo:

Esta afección se caracteriza por la reducción aguda o la pérdida completa de la consciencia del entorno inmediato que se manifiesta como apatía o insensibilidad intensa a los estímulos del entorno. La apatía puede ir acompañada de comportamientos estereotipados mínimos (p. ej., movimientos de los dedos) de los que el individuo no es consciente y/o que no controla, así como de parálisis transitoria o pérdida de la consciencia. La alteración no es una parte normal de ninguna práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada

UNIDAD IV
Trastornos de ansiedad y somáticos

Trastornos de ansiedad se caracterizan por una excesiva preocupación, temor o miedo irrazonable e inapropiado que interfiere con el funcionamiento normal.

ANSIEDAD

- Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de síntomas o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o los sentimientos asociados, y según la cognición asociada.
- Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo a la ansiedad al normal proceso del desarrollo por ser recurrentes o persistentes más allá de los períodos de desarrollo apropiados.
- Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones aproximadamente en una proporción de 2:1.
- Cada trastorno de ansiedad tiene síntomas que coinciden con sintomatología y los efectos fisiológicos de una respuesta frecuentemente o siempre exagerada, como ansiedad mayor que otros trastornos ansiosos.

SOMÁTICOS

- Los trastornos de ansiedad somáticos y otros trastornos con manifestaciones somáticas importantes constituyen una amplia categoría en el DSM. Se agrupan en trastornos de ansiedad somáticos y trastornos relacionados.
- Todos los trastornos de esta categoría comparten una característica común, la interferencia de los síntomas somáticos asociados con el bienestar y distintos objetivos.

Trastorno de ansiedad por separación

Se encuentra asociado a otros en la separación de aquellas personas por las que temen separarse en situaciones inapropiadas para el desarrollo.

CARACTERÍSTICAS

Es característico el miedo del trastorno de ansiedad por separación en una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes se teme estar separado. La ansiedad es superior a la que se espera en los niños con el mismo nivel de desarrollo.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- Miedo o ansiedad excesivos e inapropiados para el nivel de desarrollo del individuo consistentes en la separación de aquellas personas por las que temen separarse, puesto que manifiesta por al menos tres de las siguientes circunstancias:
 1. Inquietud o rechazo y recurrente cuando se separa o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apoyo.
 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apoyo o de quienes pueden sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidad o muerte.
 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso, ej. pérdida del cuidado, hará un accidente, enfermedad (como la separación de una figura de gran apoyo).
 4. Síntomas de fobia, consistente a saber, tipo de casa, institución, institución o institución por miedo a la separación.
 5. Miedo recurrente y persistente consistente a estar solo o sin las figuras de mayor apoyo en casa o en otros lugares.
 6. Rechazo o rechazo persistente a ir solo o separado a dormir en casa o cerca de una figura de gran apoyo.
 7. Frecuentes quejas sobre el tema de la separación.
 8. Quejas recurrentes de síntomas físicos, ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apoyo.
- A ansiedad o ansiedad excesiva en presencia, dada al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente más de tres meses en adultos.
- La ansiedad causa malestar o repercusiones significativas o debilita en la social, académica, laboral o otros áreas importantes del funcionamiento.
- La ansiedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como trastorno de manía o depresión, trastorno de estrés post-traumático, trastorno de personalidad, trastorno de conducta, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico o trastorno de ansiedad generalizada u otro trastorno que pueda explicar mejor una enfermedad o el trastorno de ansiedad por enfermedad.

UNIDAD IV

Trastornos de ansiedad y somáticos

Mutismo selectivo

El trastorno suele estar marcado por una elevada ansiedad social. Los niños con mutismo selectivo a menudo se niegan a hablar en la escuela, lo que puede implicar deterioro académico o educativo, ya que a menudo a los maestros les resulta difícil evaluar sus habilidades, como la lectura.

CARACTERISTICA

se caracteriza por una incapacidad para hablar en las situaciones sociales en que hay expectativa de hablar (p. ej., en la escuela), a pesar de que la persona habla en otras situaciones

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.

B

La alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social.

C

La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).

D

El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.

E

La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.



UNIDAD IV

Trastornos de ansiedad y somáticos

Fobia específica y Trastorno de ansiedad social

Trastorno de ansiedad social

- La persona siente miedo o ansiedad a una o más interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser evaluado o juzgado.
- El miedo o ansiedad social interfiere con las actividades o las relaciones sociales en las que la persona puede ser evaluado o juzgado, y evita esas situaciones.
- El miedo o la ansiedad son desproporcionados en relación con el contexto o el estímulo que los desencadena.
- El miedo o la ansiedad se debe producir en una forma que no se ajusta a las normas de la cultura.
- El diagnóstico se juzga como ansiedad social, fobia, ataques de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo o depresión.
- Los trastornos sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. Por lo tanto, un individuo que se pone en estos estados en un contexto social, ha sido diagnosticado de trastorno de ansiedad social.

Característica

- El miedo o la ansiedad son desproporcionados en relación con el contexto o el estímulo que los desencadena.
- Se perciben con trastorno de ansiedad social también a menudo a través de las manifestaciones físicas de las interacciones sociales y, por lo tanto, de otros que se debe desde la ansiedad de desproporcionados.

El miedo y la ansiedad

- El miedo, la ansiedad y la evitación están interrelacionados y se refuerzan mutuamente.
- El miedo, la ansiedad y la evitación están interrelacionados y se refuerzan mutuamente con la norma de la persona, la capacidad de funcionamiento social y las actividades, las relaciones sociales, o el desempeño en el trabajo o en la escuela.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

- Miedo o ansiedad interfiere con una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto o puede estar expuesto de forma recurrente.
- El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar signos de ansiedad que se relaciona negativamente con él, que le impide o interfiere, que evite o evite hacer o que evite a otros personas.
- Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- Las situaciones sociales se evitan o se evitan con miedo o ansiedad intermedia.
- El miedo o la ansiedad son desproporcionados en relación con el contexto o el estímulo que los desencadena.
- El miedo, la ansiedad o la evitación interfiere con la persona y el funcionamiento social o más cosas.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa un mayor deterioro significativo o interfiere en el social, laboral o otras áreas importantes del funcionamiento.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento), ni a un trastorno médico.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno del estado de ánimo.
- Se excluye otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, ansiedad, delirio) que podría causar síntomas o signos de miedo, la ansiedad o la evitación. Estos están relacionados con ella o con ambos.

UNIDAD IV

Trastornos de ansiedad y somáticos

Trastorno de pánico y Agorafobia

Trastorno de pánico

CARACTERÍSTICA

- La persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente preocupado o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambios de manera de adaptación su comportamiento debido a las crisis de pánico.
- Las crisis de pánico se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar interno que alcanzan su máxima expresión en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y cognitivos.
- Las crisis de pánico pueden ser episódicas, en respuesta a estímulos o situaciones típicamente temidas, o imprevistas, ocurriendo la crisis sin razón aparente.
- La crisis de pánico puede actuar como un especificador diagnóstico de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales.
- Se refiere a ataques de pánico inesperados y recurrentes. Un ataque de pánico es una crisis repentina de miedo intenso o malestar interno que alcanza su máxima expresión en minutos, y durante ese tiempo se producen cuatro o más síntomas físicos y cognitivos de una lista de 13 síntomas.
- Las personas que tienen ataques de pánico frecuentes se perciben a que tienen ataques más frecuentes, en lo que se refiere a síntomas, las características demográficas, comorbilidad con otros trastornos, antecedentes familiares y datos fisiológicos.
- La característica esencial de un ataque de pánico es un episodio brusco de miedo o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, tiempo durante el cual se presentan cuatro o más de una lista de 13 síntomas físicos y cognitivos.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

- Ataque de pánico: episodio recurrente. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar interno que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (cuatro) de los síntomas siguientes. Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.
 1. Palpitaciones, golpes del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca
 2. Sudoración
 3. Temblor o sacudidas
 4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia
 5. Sensación de ahogo
 6. Dolor o molestias en el tórax
 7. Náuseas o malestar abdominal
 8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo
 9. Escarificos o sensación de calor
 10. Parrotesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo)
 11. Miedo a perder el control de "volverse loco"
 12. Miedo a morir. Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (ej., síncope, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o ruidos incontrolables). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro o más síntomas requeridos.
- A: Al menos a uno de los ataques le ha seguido al menos (a más) uno o los dos hechos siguientes:
 1. Preocupación o preocupación sostenida acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, "volverse loco").
 2. Cambios significativos de mala adaptación en el comportamiento relacionados con los ataques (ej., comportamiento de evitación a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
- B: La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej., una droga, un medicamento) o a una afección médica (ej., hipertiroidismo, trastorno cardíaco pulmonar).
- C: La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones socialmente temidas, como en un trastorno de ansiedad social).

UNIDAD IV

Trastornos de ansiedad y somáticos

Trastorno de ansiedad generalizada

CARACTERÍSTICA

Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar.

el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

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

B

Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C

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

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E

La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertensión).

F

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

UNIDAD IV

Trastornos de ansiedad y somáticos

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

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos.

En el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

CARACTERÍSTICA

La característica esencial del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos es la presencia de síntomas prominentes de pánico o ansiedad que se consideran debidos a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una toxina).

Los síntomas de pánico o de ansiedad se deben haber desarrollado durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de alguna sustancia, o después de la exposición a un medicamento, y las sustancias o medicamentos deben ser capaces de producir los síntomas.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos debido a un tratamiento prescrito por un trastorno mental u otra afección médica debe iniciarse mientras el individuo está recibiendo la medicación (o durante su retirada, si los síntomas típicos de retirada se asocian con la medicación).

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.

B

Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C

El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D

El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

E

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

F

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

UNIDAD IV

Trastornos de ansiedad y somáticos

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

CARACTERÍSTICA

es una ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica.

se debe descartar que los síntomas no se expliquen mejor por otro trastorno mental, en particular por el trastorno de adaptación, donde el factor de estrés originario de la ansiedad sería la afección médica (Criterio C).

El diagnóstico no se realiza si los síntomas de ansiedad se producen sólo durante el curso de un delirium (Criterio D)

Los síntomas de ansiedad deben causar un malestar clínicamente significativo, deterioro social o laboral, o deterioro de otras áreas importantes de actividad (Criterio E).

Se deben considerar varios aspectos de la presentación clínica:
1) la presencia de una asociación temporal clara entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la afección médica y los síntomas de ansiedad;

2) la presencia de características que sean atípicas de los trastornos de ansiedad primaria (p. ej., la edad de inicio de los síntomas atípicos o el curso).

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

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico

B Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

D La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

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

UNIDAD IV

Trastornos de ansiedad y somáticos

Trastorno de síntomas somáticos

SINTOMAS

Los individuos con trastorno de síntomas somáticos suelen presentar múltiples síntomas somáticos que causan malestar o pueden originar problemas significativos en la vida diaria, aunque algunas veces sólo aparece un síntoma grave, con mayor frecuencia el dolor.

Los síntomas a veces denotan sensaciones corporales normales o un malestar que generalmente no significa una enfermedad grave

Los síntomas somáticos sin explicación médica evidente no son suficientes para hacer el diagnóstico

Los síntomas pueden estar o no asociados con otra afección médica. Los diagnósticos de trastorno de síntomas somáticos y de una enfermedad médica conjunta no son mutuamente excluyentes, y con frecuencia se presentan juntos

En el trastorno de síntomas somáticos graves, los problemas de salud pueden asumir un papel central en la vida del individuo, convirtiéndose en un rasgo de su identidad y dominando sus relaciones interpersonales.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria

B

Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.

C

Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

Trastornos de ansiedad y somáticos

Trastorno de ansiedad por enfermedad

El trastorno de ansiedad por enfermedad implica una preocupación por tener o adquirir una enfermedad médica grave no diagnosticada.

SINTOMAS

Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad se alarman fácilmente con las enfermedades, al oír que alguien se ha puesto enfermo o al leer noticias sobre historias relacionadas con la salud.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

A

Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.

B

No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.

C

Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.

D

El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico y al hospital).

E

La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese periodo de tiempo.