



**Universidad del Sureste**  
**Campus Comitán de Domínguez Chiapas**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**Tema:** Clasificación de Trastornos Psiquiátricos

**Nombre del alumno:** José Alberto Cifuentes Cardona

**Grupo:** "B" **Grado:** Quinto semestre.

**Materia:** Psiquiatría.

**Nombre del profesor:** Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo.

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de septiembre del 2023

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales afectan mucho la calidad de vida de los enfermos y de las personas que los rodean. Durante toda la historia, la locura era lo único catalogado como enfermedad mental y su origen era asignado a fuerzas malignas, cuestiones morales o espirituales.

Muchas clasificaciones se han tratado de hacer desde entonces, para ubicar los diferentes trastornos mentales, según las características, orígenes y efectos.

Las enfermedades mentales tienen en común, el que las relaciones interpersonales y sociales se ven afectadas y las personas no pueden llevar una vida social adecuada.

El origen de las enfermedades mentales puede ser de varios tipos:

- Por problemas genéticos que presenten daño orgánico en alguna zona del cerebro que tiene que ver con el comportamiento y/o aprendizaje humano.
- Por trastornos orgánicos, funcionales o fisiológicos, provocados por diversos factores.
- Por algún problema sufrido en el cerebro, durante el parto.
- Por problemas ambientales, que pueden ser ocasionados por algún contaminante o como resultado de vivencias de situaciones violentas, emocionales, estresantes o traumáticas, sobre todo durante la infancia y adolescencia.
- Como resultado de un estilo de vida que implique situaciones educativas violentas o antisociales.
- Por problemas seniles que van deteriorando y limitando las funciones mentales.
- Por el uso y consumo de drogas o fármacos no recomendados.
- Como consecuencia de accidentes y lesiones cerebrales.

Así entre los problemas mentales y en función de la gravedad y de su origen, se pueden distinguir los ocasionados por daños orgánicos como el retraso mental, las enfermedades psicóticas y las neuróticas.

Los trastornos psicóticos o psicosis se caracterizan por una pérdida del contacto con la realidad y los casos de esta enfermedad son muy escasos. Entre ellos están la esquizofrenia, la paranoia y las formas extremas de depresión, como la psicosis maniaco-depresiva.

Los problemas relacionados con la neurosis se caracterizan por estados de malestar y ansiedad, pero las personas afectadas no llegan a perder el contacto con la realidad. Entre los problemas de neurosis, están los cambios bruscos de carácter, las fobias, los miedos y el pánico, la angustia, la histeria, el estrés, la depresión, los trastornos obsesivo-compulsivos, la hipocondría y en general, todos los que provocan una alta dosis de ansiedad sin que exista una desconexión con la realidad.

# DESARROLLO

## TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

*Trastornos suelen diagnosticarse por primera vez en la lactancia, la niñez o la adolescencia*

### Discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual

Se caracteriza por un promedio de inteligencia significativamente bajo y deficiencias en el funcionamiento adaptativo. El funcionamiento adaptativo se refiere a la eficacia de los individuos para alcanzar las demandas de la vida cotidiana adecuadas para su edad en áreas como comunicación, autocuidado y habilidades interpersonales.

→En el DSM-5, se clasifica como leve, moderada, grave o profunda atendiendo al funcionamiento global.

→En el DSM-IV se clasificaba de acuerdo con el coeficiente intelectual como leve (50-55 a 70), moderada (35-40 a 50-55), grave (20-25 a 35-40) o profunda (inferior a 20-25). Significaba un coeficiente 9 intelectual de 70.

### Trastornos de la comunicación

Existen cuatro tipos de trastornos de la comunicación que se diagnostican cuando los problemas en la comunicación provocan un deterioro importante del funcionamiento:

1. Trastorno del lenguaje, caracterizado por déficits en el desarrollo del vocabulario que producen dificultades para formular frases apropiadas para la edad,
2. Trastorno fonológico, marcado por dificultades en la articulación de las palabras,
3. Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia o tartamudeo, que se caracteriza por dificultades en la fluidez, velocidad y ritmo al hablar,
4. Trastorno de la comunicación social o pragmático, que supone una dificultad profunda en la interacción social y comunicación con los pares.

### Trastornos del espectro autista.

El espectro autista comprende un conjunto de comportamientos que se caracterizan por dificultades graves en numerosas áreas del desarrollo, como reciprocidad social, comunicación y patrones de comportamiento o actividades de tipo restrictivo o repetitivo, incluyendo el habla. Se divide en tres grados:

Grado 1 se caracteriza por la capacidad para hablar con una interacción social reducida.

Grado 2 se distingue por un lenguaje e interacción social mínimos.

Grado 3 está marcado por una ausencia total de lenguaje e interacción social.

### Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Desde la década de 1990, el TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más comentados entre el comportamiento normal propio de la edad y el trastorno del comportamiento, así como por la preocupación de que algunos niños que no padecen este trastorno se diagnostican y tratan con fármacos. La característica central de la enfermedad es la falta de atención persistente, junto con hiperactividad, impulsividad o ambas, que ocasionan un deterioro del funcionamiento clínicamente significativo. Se observa tanto en niños como en adultos.

### **Trastornos específicos del aprendizaje.**

Son déficits en la maduración del desarrollo que se asocian con dificultades para adquirir las habilidades específicas de la lectura (dislexia), expresión escrita o matemáticas (discalculia).

### **Trastornos motores.**

Se diagnostican cuando la coordinación motriz es sustancialmente inferior a las expectativas basadas en la edad y la inteligencia, y cuando los problemas de coordinación interfieren de forma significativa en el funcionamiento. Los principales tipos de problemas motores son:

1. Trastorno del desarrollo de la coordinación, un deterioro en el desarrollo de la coordinación motriz (p. ej., retraso en gatear o caminar, dejar caer las cosas o ejecución pobre de los ejercicios deportivos).
2. Trastorno de movimientos estereotipados, que consiste en una actividad motriz repetitiva (p. ej., sacudir la cabeza o mecer el cuerpo).
3. Trastornos de tics, caracterizados por la ejecución involuntaria, recurrente y estereotipada de movimientos o sonidos vocales. Existen dos tipos de trastornos de tics:
  - El trastorno de Gilles de la Tourette, caracterizado por tics motores y vocales (que incluyen coprolalia).
  - El trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico), marcado ya sea por tics vocales o motores, pero no ambos a la vez.

## **ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS**

### **Esquizofrenia.**

La esquizofrenia es un trastorno crónico en el que generalmente existen alucinaciones o 10 delirios acusados. El paciente presenta la enfermedad por un mínimo de 6 meses, aunque no es necesario que se muestre activamente psicótico durante todo ese tiempo. Los médicos reconocen tres fases de la alteración, a pesar de que no se incluyen en el DSM-5® como fases separadas:

**Fase prodrómica** o de deterioro funcional anterior a la aparición de **la Fase psicótica activa**; activa, en la cual los síntomas (delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento altamente desorganizado o síntomas negativos, como afecto aplanado, abulia y alogia) deben estar presentes durante un mínimo de 1 mes y, tras esta etapa, **la Fase residual**.

### **Trastorno delirante.**

Se caracteriza por creencias fijas persistentes (p. ej., erotomaníacas, de grandeza, celotípicas, de tipo persecutorio, somáticas, mixtas y no especificadas). Por lo general, se refieren a situaciones que podrían presentarse en la vida real, como infidelidad, ser perseguido o tener una enfermedad, que no se consideran creencias extravagantes.

### **Trastorno psicótico breve.**

El trastorno psicótico breve requiere la presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado y comportamiento muy desorganizado o catatónico, como mínimo durante 1 día, pero menos de 1 mes.

Puede ser precipitado por un factor estresante vital externo. La persona suele recuperar su nivel de funcionamiento habitual.

#### **Trastorno esquizofreniforme.**

El trastorno esquizofreniforme se caracteriza por los mismos síntomas de la fase activa de la esquizofrenia (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o síntomas negativos), pero dura entre 1 y 6 meses, y no presenta caracteres prodrómicos ni fase residual de deterioro social o laboral.

#### **Trastorno esquizoafectivo.**

El trastorno esquizoafectivo también se caracteriza por los mismos síntomas de la fase activa que se observan en la esquizofrenia (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o síntomas negativos), así como por la presencia de un síndrome maníaco o depresivo que no resulta breve en comparación con la duración de la psicosis.

#### **Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.**

Son trastornos con síntomas de psicosis provocados por sustancias psicoactivas o de otro tipo (p. ej., alucinógenos, cocaína).

#### **Trastorno psicótico debido a otra afección médica.**

Se caracteriza por alucinaciones o delirios que son consecuencia directa de una alteración médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal, avitaminosis, meningitis).

#### **Catatonía.**

Se caracteriza por la presencia de alteraciones motrices como la catalepsia (flexibilidad cérea), el mutismo, la adopción de una postura y el negativismo. Puede asociarse con otros trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia o trastorno bipolar) o deberse a otra afección médica (p. ej., neoplasia, traumatismo craneoencefálico, encefalopatía hepática).

### **TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNOS RELACIONADOS**

*El trastorno bipolar se caracteriza por una intensa oscilación del estado de ánimo entre la depresión y la exaltación, así como por su remisión y recurrencia.*

#### **Trastorno bipolar I.**

La característica imprescindible para el diagnóstico de trastorno bipolar I son los antecedentes de un episodio maníaco o de un episodio mixto maníaco-depresivo. El trastorno bipolar I se subdivide de muchas formas: según el tipo de episodio actual (maníaco, hipomaníaco, depresivo o mixto), por la intensidad y el estado de remisión (leve, moderado, grave sin psicosis, grave con rasgos psicóticos, en remisión parcial o en remisión total) y dependiendo de si la evolución reciente se caracteriza por una sucesión rápida de ciclos (por lo menos cuatro episodios en 12 meses).

### **Trastorno bipolar II.**

El trastorno bipolar II se caracteriza por antecedentes de episodios hipomaníacos y de depresión mayor. Los criterios sintomáticos para un episodio hipomaníaco son los mismos que los de un episodio maníaco, aunque en la hipomanía sólo se requiere una duración mínima de 4 días. La principal diferencia entre manía e hipomanía es la intensidad de la alteración asociada con el síndrome.

### **Trastorno ciclotímico.**

El trastorno ciclotímico es el equivalente bipolar del trastorno distímico (véase el comentario más adelante). Es una alteración crónica y leve del estado de ánimo con numerosos episodios depresivos e hipomaníacos por un mínimo de 2 años.

### **Trastorno bipolar debido a otra afección médica.**

Se diagnostica cuando existen pruebas de que una alteración importante del estado de ánimo es consecuencia directa de una enfermedad médica general (p. ej., tumor del lóbulo frontal).

### **Trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos.**

Se diagnostica cuando la causa de la alteración del estado de ánimo es la intoxicación por una sustancia, la abstinencia de ésta o un fármaco (p. ej., anfetaminas)

## **TRASTORNOS DEPRESIVOS**

*Los trastornos depresivos se caracterizan por depresión, tristeza, irritabilidad, retraso psicomotor y, en los casos graves, ideación suicida.*

### **Trastorno depresivo mayor.**

La característica obligada del trastorno de depresión mayor es un estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer por las actividades habituales. Todos los síntomas deben estar presentes prácticamente cada día, excepto las ideas de suicidio o los pensamientos de muerte, que sólo deben ser recurrentes. El diagnóstico se descarta si los síntomas son consecuencia de un duelo normal y si existen síntomas psicóticos en ausencia de síntomas del estado de ánimo.

### **Trastorno depresivo persistente o distimia.**

La distimia es una forma de depresión leve y crónica que se prolonga por lo menos durante 2 años. A lo largo de este período, el individuo experimenta un estado de ánimo deprimido casi las 24 h del día y al menos dos síntomas más de depresión.

### **Trastorno disfórico premenstrual.**

Aparece aproximadamente 1 semana antes de la menstruación y se caracteriza por irritabilidad, labilidad emocional, cefalea y ansiedad o depresión, que remiten cuando acaba el ciclo menstrual.

**Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos.** Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido debido al consumo de alguna sustancia (p. ej., alcohol) o medicamento (p. ej., barbitúricos).

**Trastorno depresivo debido a otra afección médica.** Es un estado secundario a una enfermedad (p. ej., hipotiroidismo o síndrome de Cushing). Otro trastorno depresivo especificado. Esta categoría diagnóstica incluye dos subtipos: (1) episodio depresivo recurrente, que supone un estado depresivo de al menos 2-13 días y que aparece por lo menos una vez al mes y (2) episodio depresivo de corta duración, en el que el estado de ánimo deprimido se prolonga entre 4 y 14 días, pero no se observan recurrencias.

#### **Trastorno depresivo no especificado.**

Esta categoría diagnóstica se compone de cuatro subtipos básicos:

1. Melancolía, una forma grave de depresión mayor que se caracteriza por desesperanza, anhedonia y retraso psicomotor, e incluye también un alto riesgo de suicidio.
2. Depresión atípica, marcada por un trastorno de ánimo deprimido asociado con ganancia de peso en lugar de pérdida, y con hipersomnias en lugar de insomnio.
3. Con inicio en el parto, en el que la depresión tiene lugar en el período del parto o en el mes siguiente de dar a luz (en el DSM-IV se denomina depresión posparto).
4. Con patrón estacional, en el que el estado de ánimo deprimido aparece en un período determinado del año, por lo general en el invierno (también conocido como trastorno afectivo estacional).

#### **Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.**

Se trata de un nuevo diagnóstico entre los trastornos depresivos que se presenta en niños mayores de 6 años de edad y menores de 18 años, y se caracteriza por accesos de cólera intensos, irritabilidad crónica y estado de ánimo irascible.

## **TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

#### **Trastorno de pánico.**

La crisis de angustia o ataque de pánico se caracteriza por sentimientos de miedo o terror intenso que aparecen de pronto, sin un motivo aparente, en situaciones en las que no hay nada que temer. Se acompaña de palpitaciones o pulsaciones, dolor torácico, disnea o ahogo, mareos, temblor o agitación, sensación de desfallecimiento o desmayo, sudoración y náuseas.

#### **Agorafobia.**

La agorafobia es una consecuencia frecuente del trastorno de pánico, aunque puede ocurrir en ausencia de éste. Las personas con agorafobia evitan (o procuran evitar) situaciones que consideran les podrían desencadenar un ataque de pánico (o síntomas similares) o de las que creen que resultaría difícil escapar si tuvieran una crisis de angustia.

**Fobia específica.** La fobia específica se caracteriza por un miedo excesivo e irracional a objetos o situaciones concretas, que casi siempre se produce por la exposición al estímulo temido. El estímulo fóbico se evita y, cuando no se puede evitar, la persona siente una ansiedad o una incomodidad intensas.

### **Trastorno de ansiedad social o fobia social.**

La fobia social se caracteriza por el miedo a ser avergonzado o humillado por otros. Se parece a la fobia específica: los estímulos fóbicos se evitan y, cuando no se pueden evitar, la persona se siente extraordinariamente ansiosa o incómoda. Cuando los estímulos fóbicos incluyen la mayoría de las situaciones sociales, se habla de fobia social generalizada.

### **Trastorno de ansiedad generalizada.**

Este trastorno se caracteriza por preocupación excesiva y crónica que se produce la mayoría de los días y que resulta difícil de controlar. La preocupación se asocia con síntomas como problemas de concentración, insomnio, tensión muscular, irritabilidad e inquietud física, y causa angustia o discapacidad clínicamente significativas.

### **Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.**

Se diagnostica trastorno de ansiedad debido a otra afección médica cuando existen pruebas de que la elevada ansiedad es consecuencia directa de una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

### **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.**

Se diagnostica trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos cuando la razón de la ansiedad es una sustancia (p. ej., cocaína) o un medicamento (p. ej., cortisol).

**Trastorno de ansiedad por separación.** Se presenta en niños y se caracteriza por una ansiedad excesiva relacionada con la separación del hogar o de las figuras de mayor apego, superior al esperado por el nivel de desarrollo del niño.

### **Mutismo selectivo.**

Se caracteriza por el rechazo persistente a hablar en situaciones específicas, a pesar de haber demostrado la capacidad para hacerlo en otras situaciones.

## **TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

### **Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).**

Este trastorno se caracteriza por la existencia de pensamientos o imágenes repetidos que se consideran intrusivos y resultan inoportunos (obsesiones), comportamientos repetitivos que la persona se siente obligada a realizar (compulsiones) o ambos. La mayoría de las veces, las compulsiones se hacen para reducir la ansiedad asociada con el pensamiento obsesivo.

**Trastorno dismórfico corporal.** Este trastorno se distingue por una preocupación angustiosa e incapacitante por un defecto imaginario o leve de la apariencia física. Si la creencia se sostiene con una intensidad delirante, también se podría emitir el diagnóstico de trastorno delirante de tipo somático.

### **Trastorno de acumulación.**

Se trata de un patrón de comportamiento de acumulación de objetos de forma compulsiva que pueden tener o no utilidad para la persona. El individuo es incapaz de desprenderse de esos objetos incluso cuando sabe que pueden crearle situaciones difíciles en casa, como el riesgo de incendio.



### **Tricotilomanía o trastorno de arrancarse el pelo.**

Se caracteriza por la acción repetida de arrancarse el pelo, que ocasiona una notoria pérdida capilar. Puede darse en cualquier parte del cuerpo (p. ej., en la cabeza, las cejas o la zona púbica).

### **Trastorno de excoiación o rascarse la piel.**

Está marcado por la necesidad compulsiva de rascarse en una zona de la piel hasta el punto de hacerse daño físico.

### **Trastorno obsesivo-compulsivo inducido por sustancias/medicamentos.**

Se caracteriza por el comportamiento obsesivo o compulsivo secundario al empleo de un fármaco o una sustancia, por ejemplo, el abuso de cocaína, que puede causar la necesidad de rascarse compulsivamente la piel (“formicación”).

### **Trastorno obsesivo-compulsivo debido a otra afección médica.**

La razón del comportamiento obsesivo o compulsivo se debe a una afección médica, por ejemplo, puede presentarse después de una infección estreptocócica.

### **Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados específicos.**

Esta categoría incluye un grupo de trastornos como los **celos obsesivos**, en los que una persona tiene pensamientos repetitivos con respecto a la infidelidad de su cónyuge o pareja. Debe distinguirse de las creencias delirantes como el **koro**, un trastorno que ocurre en el sudeste asiático en el que la persona cree que sus genitales se están reduciendo y se retraerán dentro de su cuerpo, y del trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, en el que la persona insiste en patrones de comportamiento compulsivos como **morderse las uñas o los labios**.

## **TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMAS Y FACTORES DE ESTRÉS**

*Este grupo de trastornos se debe a la exposición a desastres naturales u ocasionados por el humano, o bien, por un factor estresante vital significativo, como experimentar abuso.*

### **Trastorno de apego reactivo.**

Aparece durante la lactancia o primera infancia. Se caracteriza por un deterioro marcado de la capacidad de relación debido a una prestación de cuidados notablemente patológica.

**Trastorno de relación social deshinibida.** En este trastorno, el niño o el adolescente se aproxima o relaciona de manera activa con adultos extraños, por lo general, como resultado de un cuidado negligente en la infancia.

### **Trastorno de estrés postraumático (TEPT).**

Este trastorno aparece después de un suceso traumático en el que la persona cree que se encuentra en peligro físico o que su vida está en peligro. El TEPT también puede ocurrir después de presenciar un suceso violento o que amenaza la vida de otra persona. Por lo general, los síntomas se producen después del suceso traumático, aunque, en algunos casos, pueden aparecer meses o incluso años después.

### **Trastorno de estrés agudo.**

El trastorno de estrés agudo se produce como consecuencia de los mismos factores estresantes que precipitan el TEPT. No se diagnostica si los síntomas duran más de 1 mes.

### **Trastornos de adaptación.**

Suponen reacciones desadaptativas como respuesta a factores estresantes vitales que se encuentran bien identificados. Se subdividen de acuerdo con los síntomas: con ansiedad, con estado de ánimo deprimido, con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido, con alteración de la conducta y con alteración mixta de las emociones y la conducta.

### **Trastorno de duelo complejo persistente.**

Supone una pena crónica y persistente que se caracteriza por amargura, enfado o sentimientos ambivalentes hacia alguien muerto, acompañados por una intensa y prolongada retracción que caracteriza al trastorno (también denominado duelo complicado o aflicción complicada).

## **TRASTORNOS DISOCIATIVOS**

*Se caracterizan por una alteración de las funciones habitualmente integradas de consciencia, memoria, identidad y percepción.*

**Amnesia disociativa.** La amnesia disociativa se caracteriza por el olvido de información personal importante de naturaleza generalmente traumática.

**Fuga disociativa.** La fuga disociativa se caracteriza por viajes repentinos lejos del hogar asociados con una pérdida de memoria parcial o completa de la propia identidad.

### **Trastorno de identidad disociativo.**

Antes conocido como trastorno de la personalidad múltiple, la característica esencial de este trastorno es la presencia de dos o más identidades distintas que asumen el control del comportamiento del individuo.

### **Trastorno de despersonalización/desrealización.**

El rasgo esencial del trastorno de despersonalización/desrealización consiste en episodios persistentes o recurrentes de despersonalización (alteración del sentido del propio ser físico, incluyendo sentimientos de encontrarse fuera del propio cuerpo, físicamente escindido o alejado de la gente, flotando, observándose a uno mismo desde la distancia, como en un sueño) o desrealización (experimentar el entorno como irreal o distorsionado).

## **SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS (DENOMINADOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN EL DSM-IV)**

*Este grupo de trastornos se caracteriza por una marcada preocupación con respecto al cuerpo y miedo a las enfermedades o a sus consecuencias, por ejemplo, la muerte.*

**Trastorno de síntomas somáticos.** Este trastorno se caracteriza por niveles elevados de ansiedad y preocupación persistente debido a los signos y síntomas somáticos que se interpretan de manera errónea como indicativos de una afección médica. En este trastorno se incluye la hipocondría.

**Trastorno de ansiedad por enfermedad.**

Temor a estar enfermo con apenas o sin algún síntoma corporal.

**Trastorno de síntomas neurológicos funcionales.**

Antes conocido como trastorno de conversión, se caracteriza por una alteración inexplicada de la función motriz o sensitiva voluntaria que sugiere la presencia de una enfermedad neurológica o de otro tipo. El conflicto psicológico es el responsable de la aparición de los síntomas.

**Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.**

Engloba problemas psicológicos que afectan de forma negativa a una enfermedad médica por el aumento del riesgo de un resultado adverso.

**Trastorno facticio.**

También denominado síndrome de Munchausen, se refiere a la simulación deliberada de síntomas físicos o psicológicos para asumir el papel de enfermo.

**Otros trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados.**

Uno de ellos es la **seudociesis**, en la que una persona cree falsamente que está embarazada (en raras ocasiones, puede presentarse en un varón).

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

*Estos trastornos se caracterizan por una alteración persistente de la alimentación.*

**Anorexia nerviosa.**

Trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la pérdida de peso corporal y el rechazo a alimentarse. Por lo general, la sensación de apetito se mantiene.

**Bulimia nerviosa.**

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes y frecuentes de atracones, seguidos o no de vómitos.

**Trastorno de atracones.**

Variante de la bulimia nerviosa, con episodios de atracones ocasionales una vez a la semana.

**Pica.**

Ingestión persistente de sustancias no nutritivas (p. ej., almidón).

**Trastorno de rumiación.** La característica esencial es la regurgitación repetida de alimentos; por lo general, inicia en la infancia o la niñez.

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

Llamado trastorno de la conducta alimentaria en la infancia o la niñez en el DSM-IV, su característica principal es la falta de interés por la comida o los alimentos, que lleva a una falta de crecimiento.

## **TRASTORNOS DE LA EXCRECIÓN**

*Estos trastornos son causados por factores fisiológicos o psicológicos. Pueden ser de dos tipos*

**Encopresis** incapacidad para mantener el control del contenido intestinal.

**Enuresis** incapacidad para retener la emisión del contenido de la vejiga urinaria.

## **TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA**

*Suponen la alteración de la calidad, el horario y la cantidad del sueño, que producen malestar durante el día y deterioro.*

### **Trastorno de insomnio.**

Se caracteriza por dificultad para iniciar el sueño. Puede ser una afección independiente, o bien, concomitante con otros trastornos mentales, trastornos del sueño u otra afección médica.

### **Trastorno de hipersomnia.**

La hipersomnia o somnolencia excesiva se diagnostica cuando el individuo duerme demasiado y se siente muy cansado a pesar de haber dormido lo suficiente, o por haber dormido una cantidad excesiva de horas.

### **Parasomnias.**

Se caracterizan por acontecimientos conductuales, vivenciales o fisiológicos anómalos durante el sueño. Esta categoría se compone de tres subtipos: trastornos del despertar del sueño no REM, trastorno de pesadillas y trastorno del comportamiento del sueño REM.

### **Narcolepsia.**

La narcolepsia está marcada por ataques de sueño, por lo general, con pérdida del tono muscular (cataplejía).

### **Trastornos del sueño relacionados con la respiración.**

Existen tres subtipos de este tipo de enfermedad. El más frecuente es la apnea e hipopnea obstructiva del sueño, en la que las apneas (ausencia de flujo de aire) e hipopneas (reducción del flujo de aire) ocurren repetidamente durante la noche, ocasionando ronquidos y somnolencia durante el día.

### **Síndrome de las piernas inquietas.**

Este síndrome se identifica por el movimiento compulsivo de las piernas durante el sueño.

### **Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos.**

Esta categoría incluye los trastornos del sueño que son causados por un fármaco o una sustancia (p. ej., alcohol o cafeína).

### **Trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia.**

En la base de estos trastornos se encuentra un patrón de interrupción del sueño que altera o provoca un alineamiento defectuoso en el ritmo circadiano de la persona, lo que produce insomnio o somnolencia excesiva.

## **DISFUNCIONES SEXUALES**

### **Eyacuación retardada.**

Incapacidad o un marcado retraso en la capacidad para eyacular durante el coito o la masturbación.

### **Trastorno eréctil.**

Incapacidad para conseguir o mantener una erección suficiente para lograr la penetración coital.

### **Trastorno orgásmico femenino.**

Ausencia de la capacidad para conseguir el orgasmo o la reducción significativa en la intensidad de las sensaciones orgásmicas durante la masturbación o el coito.

### **Trastorno de interés/excitación sexual femenino.**

Supone la ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual durante las fantasías sexuales o la actividad sexual, que causa malestar.

### **Trastorno de dolor genitopélvico/penetración.**

Este trastorno reemplaza a los términos vaginismo y dispareunia (espasmo vaginal y dolor que interfieren en el coito).

### **Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.**

Ausencia o reducción de las fantasías o el deseo sexual en el varón.

### **Eyacuación prematura o precoz.**

Se manifiesta por una eyacuación que se produce antes o inmediatamente después de la penetración durante el coito.

### **Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos.**

Implica una discapacidad funcional debida al consumo de sustancias (p. ej., fluoxetina).

### **Disfunción sexual no especificada.**

Incluye el trastorno sexual debido a una afección médica (p. ej., esclerosis múltiple).

## **DISFORIA DE GÉNERO**

*La disforia de género, previamente conocida como trastorno de la identidad de género o sexual, se caracteriza por un malestar persistente con el sexo biológico asignado y, en algunos casos, por el deseo de tener los órganos sexuales del sexo opuesto. Se subdivide en:*

**Disforia de género en niños**

**Disforia de género en adultos.**

## **TRASTORNOS DESTRUCTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA**

*Trastornos relacionados con problemas en el autocontrol de las emociones y los comportamientos.*

**Trastorno negativista desafiante.**

Esta alteración se diagnostica en niños y adolescentes. Los síntomas incluyen enfado, irritabilidad, discusiones/actitud desafiante y rechazo al cumplimiento de las normas.

**Trastorno explosivo intermitente.**

Este trastorno se caracteriza por arrebatos recurrentes e incontrolados de agresividad.

**Trastorno de conducta.**

El trastorno de conducta se diagnostica en niños y adolescentes, y se caracteriza por agresiones e intimidaciones.

**Piromanía.**

La característica distintiva de la piromanía es la provocación deliberada de incendios.

**Cleptomanía.**

Se caracteriza por el impulso irrefrenable y repetido de robar objetos.

## **TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS**

*Pueden provocar intoxicación y síndrome de abstinencia e inducir trastornos psiquiátricos, que incluyen trastorno bipolar y otros trastornos relacionados, trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, delirium y trastornos neurocognitivos*

**Trastorno por consumo de sustancias.**

A veces llamado adicción, este grupo de alteraciones se diagnostica atendiendo a la sustancia de abuso: alcohol, cocaína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, estimulantes o tabaco.

### **Trastornos relacionados con el alcohol.**

Los trastornos relacionados con el alcohol comprenden un deterioro causado por el consumo excesivo de alcohol. Incluyen el trastorno por consumo de alcohol, cuya ingesta repetida de alcohol provoca el desarrollo de tolerancia y síndrome de abstinencia, intoxicación por alcohol, o embriaguez, y abstinencia de alcohol, que puede conducir al delirium tremens.

### **Otros trastornos inducidos por el alcohol.**

Este grupo incluye los trastornos psicótico, bipolar, depresivo, de ansiedad, del sueño, sexuales y neurocognitivos, como el trastorno amnésico persistente (también llamado síndrome de Korsakof ). El consumo de alcohol también puede provocar encefalopatía de Wernicke, una enfermedad neurológica que implica ataxia, oftalmoplejía y confusión. Ambas afecciones pueden coexistir (**síndrome de Wernicke-Korsakoff**).

### **Juego patológico.**

Se clasifica como un trastorno no relacionado con sustancias. Supone el juego compulsivo con incapacidad para detenerse o reducirlo, a pesar de las dificultades sociales o económicas que pueda conllevar.

## CONCLUSIÓN

Debido a la diversidad de problemas mentales que existen, el proceso de diagnóstico debe ser muy cuidadoso, puesto que la calificación de las anomalías es el primer paso en el desarrollo de un tratamiento acertado. En este sentido, muchos de los problemas tienen síntomas comunes, razón por la cual en algunos casos podrían desarrollarse procesos de recuperación equívocos, sino se hace un trabajo previo.

Cambiar una personalidad requiere mucho tiempo. Ningún tratamiento a corto plazo puede curar con éxito un trastorno de la personalidad pero ciertos cambios pueden conseguirse más rápidamente que otros. La temeridad, el aislamiento social, la ausencia de autoafirmación o los exabruptos temperamentales pueden responder a la terapia de modificación de la conducta. Sin embargo, la psicoterapia a largo plazo (terapia hablada), con el objetivo de ayudar a la persona a comprender las causas de su ansiedad y a reconocer su comportamiento desadaptado, es la clave de la mayoría de los tratamientos. Algunos tipos de trastornos de personalidad, como el narcisista o el obsesivo-compulsivo, pueden tratarse mejor con el psicoanálisis. Otros, como los tipos antisocial o paranoide, raramente responden a una terapia.

Estas personas a veces tienen ansiedad y depresión, que esperan aliviar con fármacos. Sin embargo, la ansiedad y la depresión que resultan de un trastorno de la personalidad son raramente aliviadas con fármacos de modo satisfactorio y tales síntomas pueden indicar que la persona está realizando algún autoexamen saludable. Más aún, la terapia farmacológica se complica frecuentemente por el mal uso de los fármacos o por los intentos de suicidio. Si la persona padece otro trastorno psiquiátrico, como depresión mayor, fobia o trastorno por pánico, la toma de medicamentos puede resultar adecuada, aunque posiblemente producirán sólo un alivio limitado.



## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica 6ª ed Kaplan&Sadock Barcelona (España). 2019 editorial Wolters Kluwer