

UDS

LIBRO

PSICOPATOLOGÍA II

PSICOLOGÍA

SEPTIMO CUATRIMESTRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

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

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

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

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

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

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de

cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el Corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y Educativos de los diferentes Campus, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

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

MISIÓN

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

VISIÓN

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

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO



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

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



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

Nombre de la materia

Objetivo de la materia:

Dotar al alumno de conocimientos patológicos de la salud mental de modo que pueda conocer, evaluar y examinar los criterios exigibles para diagnosticar clínicamente la aparición de los síntomas y signos de los trastornos mentales mediante el uso del manual diagnóstico y estadístico DSM 5.

Contenido

UNIDAD I “UTILIZACIÓN DEL DSM 5 Y CRITERIOS DE ANORMALIDAD”	8
1.1 EL DSM 5	8
1.2 UTILIZACIÓN DEL DSM 5	11
1.3 DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL	13
1.4 CRITERIOS DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y ELEMENTOS DESCRIPTIVOS	14
1.5 SUBTIPOS Y ESPECIFICADORES	16
1.6 OTRAS AFECCIONES QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLINICA	17
1.7 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y DIAGNÓSTICO PROVISIONAL	22
1.8 MÉTODO DE CODIFICACIÓN Y REGISTRO; HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	23
1.9 USO DEL DSM 5 EN EL ÁMBITO FORENSE	24
1.10 CONCEPTOS Y CRITERIOS DE ANORMALIDAD	26
1.11 MODELOS TEÓRICOS EN PSICOPATOLOGÍA	30
1.12 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES	33
UNIDAD II “TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO Y NEUROCOGNITIVOS”	35
2.1 DISCAPACIDADES INTELECTUALES	35
2.2 TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN	36
2.3 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	38
2.4 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	41
2.5 TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE	45
2.6 TRASTORNOS MOTORES	48

2.7 TRASTORNOS DE TICS	49
2.8 SINDROME CONFUSIONAL	51
2.9 TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR Y LEVE	53
2.10 TRASTORNO NEUROCOGNITIVO DEBIDO A ALZHEIMER	55
2.11 TRASTORNO NEUROCOGNITIVO FRONTOTEMPORAL	56
UNIDAD III “TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y PARAFILIAS”	57
3.1 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD PARANOIDE	57
3.2 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOIDE	59
3.3 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOTIPICO	61
3.4 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL	63
3.5 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE	65
3.6 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD HISTRIÓNICA	68
3.7 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NARCISISTA	69
3.8 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EVASIVA	71
3.9 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEPENDIENTE	72
3.10 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVO	74
3.11 SADISMO SEXUAL	76
3.12 VOYEURISMO	78
3.13 EXHIBICIONISMO	79
3.14 FROTEURISMO	81
3.15 MASOQUISMO SEXUAL	82
UNIDAD IV “TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DISOCIATIVOS”	83
4.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN	83
4.2 MUTISMO SELECTIVO	84
4.3 FOBIA ESPECÍFICA	86
4.4 FOBIA SOCIAL	89
4.5 TRASTORNO DE PÁNICO	92
4.6 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	95
4.7. TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA	97
4.8. OTRO TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO	98
4.9 TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA	100
4.10 AMNESIA DISOCIATIVA	101
4.11 TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN	103

UNIDAD I “UTILIZACIÓN DEL DSM 5 Y CRITERIOS DE ANORMALIDAD”

1.1 EL DSM 5

El DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación americana de psiquiatría (American Psychiatric Association, APA). El manual contiene descripciones de síntomas, entre otros criterios que son necesarios para poder diagnosticar trastornos mentales. Los criterios de diagnóstico, es decir las reglas o normas por las que se establece un juicio o se toma una determinación, facilitan el lenguaje común entre los distintos profesionales de la salud como psicólogos y psiquiatras dedicados a la psicopatología. Ellos establecerán los criterios con ayuda del manual de diagnóstico y así, podrán asegurar con exactitud el diagnóstico de una persona siendo precisos y consistentes. Por esto, el DSM no tiene la pretensión de explicar las patologías, sino proponer tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos.

De manera general, el DSM es un sistema de calificación aceptado por otros profesionales en cuanto a todo lo relacionado con diferentes trastornos, ya sea para el diagnóstico clínico, la investigación y la docencia. Este sistema debe ser utilizado siempre por un profesional con experiencia en el área clínica porque se utiliza como una guía que debe ir acompañada de un juicio clínico, conocimientos profesionales en el área y los criterios éticos necesarios.

Como parte de su historia, el manual DSM en su primera versión, siglo 19, con el psiquiatra alemán Kraepelin, surgió de la necesidad de crear una clasificación de trastornos mentales; entendiendo a los trastornos mentales como un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que manifiesta una persona como parte de una disfunción psicológica o biológica. A partir de esta necesidad se recolectó datos estadísticos con los trastornos mentales y se elaboró una nomenclatura aceptable para la comunidad científica.

El DSM como una herramienta de diagnóstico propuso en versiones anteriores la evaluación multiaxial, es decir que se manejaban ejes para describir el funcionamiento de las patologías de una persona. Estos ejes consistían en:

Eje I: Describir el trastorno o trastornos psiquiátricos y la sintomatología presente.

Eje II: Identificar algún trastorno de personalidad.

Eje III: Especificar otras afecciones médicas.

Eje IV: Descripción de tensiones psicosociales del paciente (duelo, desempleo, etc.).

Eje V: Evaluación del funcionamiento global del paciente en relación de lo psicológico, social y ocupacional.

El DSM-5, se siguen evaluando las mismas áreas, pero en formato no axial, es decir sin ejes. El que los diagnósticos estén separados de los factores contextuales y psicosociales es también coherente con las guías de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y de la OMS (Organización Mundial de la Salud) ya consolidadas, que consideran el estado funcional del individuo aparte de sus diagnósticos o de su situación sintomatológica. Actualmente y en las últimas versiones del DSM, existe mucha información nueva sobre neurología, genética y las ciencias del comportamiento humano que amplían y mejoran los conocimientos que ya se tenían sobre las enfermedades mentales.

En mayo de 2013 fue publicada la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) de la American Psychiatric Association (APA). El nuevo manual contiene una serie de cambios respecto a las versiones anteriores y su aparición ha estado rodeada de variadas polémicas.

Algunos de los cambios más visibles guardan relación con la denominación y estructuración del manual. Lo primero que llama la atención en el título es el empleo de un número arábigo en lugar de los ya tradicionales números romanos empleados en las ediciones anteriores. La razón esgrimida por los redactores del manual es que, en el siglo XXI -cuando la tecnología permite una inmediata diseminación de la información por todo el mundo-, el empleo de la numeración romana constituye una limitación. Los rápidos avances en la investigación requieren la revisión continua del manual. Por consiguiente, los

futuros cambios -previos a una revisión completa-, serán expresados como DSM-5.1, DSM-5.2 y así sucesivamente.

Otro cambio llamativo es la remoción del sistema multiaxial, poniendo en un mismo nivel los anteriores ejes I, II y III (trastornos psiquiátricos, trastornos de personalidad, otras condiciones médicas) y agregando anotaciones separadas para consignar los factores psicosociales (antes eje IV) y el nivel de funcionamiento (antes eje V). Dentro de los objetivos de dicho cambio está el de acercar la clasificación psiquiátrica al resto de la medicina, que no emplea ejes, y poner a los trastornos de personalidad en igualdad de condiciones con el resto de los trastornos. Si bien estas razones son relevantes, se elimina una ordenación que había resultado útil y didáctica en la enseñanza de la especialidad.

El orden de los capítulos ha sido reestructurado, reuniendo a los trastornos más similares y apaDSM-5: Nueva clasificación de los trastornos mentales recientemente relacionados entre sí. Dichos cambios buscan además alinear al DSM-5 con la undécima edición de la International Classification of Diseases (ICD 11) de la World Health Organization (WHO), próxima a aparecer. Asimismo se busca fomentar la investigación al interior de grupos diagnósticos, y a través de ellos, con la esperanza de avanzar en la comprensión de sus relaciones. El mayor conocimiento acerca de tales relaciones podría identificar patrones comunes y eventuales causas de los trastornos y a futuro permitir el desarrollo de nuevos tratamientos.

El ordenamiento de los capítulos sigue también la secuencia de las etapas del desarrollo a lo largo de la vida. Los trastornos típicamente diagnosticados en la infancia se presentan primero, seguidos por los de aparición en la adolescencia, adultez y edad avanzada. Trastornos que previamente se agrupaban como “de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia” ahora están integrados a lo largo del manual.

No se aumentó el número de trastornos, pero se ordenaron de manera diferente. Por ejemplo, un nuevo grupo de trastornos del neurodesarrollo incluye los trastornos del espectro autista, el trastorno de déficit atencional e hiperactividad y los trastornos por tics (como el Tourette). El capítulo de trastornos relacionados con sustancias es ahora el

de trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos, e incluye el juego patológico. Otros trastornos han sido separados de sus anteriores agrupaciones debido al progreso en su conocimiento. Por ejemplo, el trastorno obsesivo compulsivo ha sido separado de los trastornos de ansiedad, en base al reciente conocimiento de que implica circuitos cerebrales específicos. Asimismo, los trastornos del ánimo han sido separados entre trastornos bipolares y relacionados y trastornos depresivos.

1.2 UTILIZACIÓN DEL DSM 5

El objetivo principal del DSM-5 consiste en ayudar a profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes, como parte de la valoración de un caso que permita elaborar un plan de tratamiento perfectamente documentado para cada individuo.

Los síntomas que se incluyen en cada uno de los conjuntos de criterios diagnósticos no constituyen una definición integral de los trastornos subyacentes; los cuales abarcan todos los procesos cognitivos, emocionales, de comportamiento y fisiológicos, que son bastante más complejos de lo que se puede explicar. Más bien, se pretende que sean un resumen de los síndromes característicos, con los signos y síntomas que apuntan hacia un trastorno subyacente, con una historia del desarrollo característica, unos factores de riesgo biológico y ambientales, unas correlaciones neuropsicológicas y fisiológicas, y un curso clínico típico.

Abordaje para la formulación del caso clínico

La formulación del caso de cualquier paciente debe incluir una historia clínica detallada y un resumen detallado de los factores sociales, psicológicos y biológicos que pueden haber contribuido a la aparición de un trastorno mental concreto. Es decir, para establecer un diagnóstico de trastorno mental no basta con comprobar la presencia de los síntomas citados en los criterios de diagnóstico. Aunque la comprobación sistemática de la presencia de estos criterios y de la forma en que los presenta cada paciente asegura una evaluación más fiable, la gravedad relativa y la validez de cada criterio individual, así como su contribución al diagnóstico, requieren un juicio clínico. Los síntomas de nuestros

criterios diagnósticos forman parte de un repertorio relativamente limitado de respuestas emocionales humanas a tensiones internas y externas, que generalmente se mantienen en un equilibrio homeostático sin interrupción, en condiciones normales. Se necesita formación clínica para decidir cuándo la combinación de factores predisponentes, desencadenantes, perpetuadores y protectores, ha dado lugar a una afección psicopatológica cuyos signos y síntomas rebasan los límites de la normalidad. El objetivo final de la redacción de la historia clínica radica en la utilización de la información disponible sobre el contexto y el diagnóstico, para elaborar un plan de tratamiento integral adecuadamente fundamentado en el contexto cultural y social del individuo. Sin embargo, las recomendaciones para la selección y la utilización de las opciones de tratamiento basado en la evidencia más adecuadas para cada trastorno superan los límites de este manual.

Aunque en los criterios de diagnóstico de los distintos trastornos que se incluyen en la sección II son el fruto de décadas de esfuerzo científico, es bien sabido que este conjunto de categorías de diagnóstico no puede describir con absoluto detalle todo el rango de trastornos mentales que pueden experimentar los individuos y presentarse a diario ante cualquier médico en cualquier parte del mundo. El abanico de interacciones genéticas y ambientales que a lo largo del desarrollo humano ha afectado a su función cognitiva, emocional y comportamental, es prácticamente ilimitado. En consecuencia, es imposible abarcar absolutamente toda la psicopatología en las categorías de diagnóstico que estamos utilizando ahora. Por eso es necesario incluir las opciones de “otros especificados / no especificados” para aquellos cuadros que no se ajustan exactamente a los límites diagnósticos de los trastornos de cada capítulo. A veces en la sala de urgencias sólo será posible identificar los síntomas más destacados que van asociados a un capítulo concreto (por ejemplo, ideas delirantes, alucinaciones, manías, depresión, ansiedad, intoxicación por sustancias o síntomas neurocognitivos) que provisionalmente se definirán como un trastorno “no especificado” de esa categoría, a la espera de poder hacer un diagnóstico diferencial completo.

1.3 DEFINICIÓN DE TRASTORNO MENTAL

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

El diagnóstico de un trastorno mental debe tener una utilidad clínica: debe ser útil para que el médico determine el pronóstico, los planes de tratamiento y los posibles resultados del tratamiento en sus pacientes. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno mental no equivale a una necesidad de tratamiento. La necesidad de tratamiento es una decisión clínica compleja que debe tomar en consideración la gravedad del síntoma, su significado (p. ej. la presencia de ideas de suicidio), el sufrimiento del paciente (dolor mental) asociado con el síntoma, la discapacidad que implican dichos síntomas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos disponibles y otros factores (p. ej. síntomas psiquiátricos que complican otras enfermedades). Por eso a veces el médico se encuentra con pacientes cuyos síntomas no cumplen todos los criterios de un trastorno mental pero que claramente necesitan tratamiento o asistencia. El hecho de que algunos individuos no presenten todos los síntomas característicos de un diagnóstico no se debe utilizar para justificar una limitación de su acceso a la asistencia adecuada.

El abordaje para validar los criterios diagnósticos de las distintas categorías de los trastornos mentales se ha basado en los siguientes tipos de evidencia: factores validantes de los antecedentes (marcadores genéticos similares, rasgos familiares, temperamento y

exposición al entorno), factores validantes simultáneos (sustratos neurales similares, biomarcadores, procesamiento emocional y cognitivo, y similitud de síntomas), y factores validantes predictivos (curso clínico y respuesta al tratamiento similares). En el DSM-5 reconocemos que los criterios de diagnóstico actuales para cada trastorno concreto no identifican necesariamente un grupo homogéneo de pacientes que pueda ser caracterizado con fiabilidad con todos estos factores validantes. La evidencia existente demuestra que si bien estos factores validantes sobrepasan los límites actuales del diagnóstico, tienden a congregarse con mayor frecuencia dentro y entre capítulos adyacentes del DSM-5. Hasta que se identifiquen de forma incontestable los mecanismos etiológicos o fisiopatológicos que permitan validar por completo un trastorno o espectro de trastornos específico, la regla más importante para establecer los criterios del trastorno del DSM-5 será su utilidad clínica para valorar su curso y la respuesta de los individuos agrupados en función de un conjunto dado de criterios diagnósticos.

I.4 CRITERIOS DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y ELEMENTOS DESCRIPTIVOS

El grupo de trabajo del DSM-5 y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han hecho importantes esfuerzos para separar los conceptos de trastorno mental y discapacidad (desequilibrios en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes). En el sistema de la OMS, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), abarca todas las enfermedades y trastornos, mientras que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) constituye una clasificación independiente para la discapacidad global. A su vez se ha demostrado que la Escala de Evaluación de las Discapacidades de la OMS (WHODAS), que se basa en la CIF, es una medida estandarizada útil de la discapacidad por causa de los trastornos mentales. Sin embargo, en ausencia de marcadores biológicos claros o de medidas clínicas útiles de la gravedad de muchos trastornos mentales, no ha sido posible separar por completo las expresiones de síntomas normales y patológicos que se incluyen en los criterios de diagnóstico. Esta carencia de información es especialmente problemática en situaciones clínicas en las que el síntoma que presenta el paciente por sí mismo (especialmente en niveles leves) no es inherentemente patológico y puede encontrarse en individuos para quienes el diagnóstico

de “trastorno mental” sería inadecuado. Por eso se ha utilizado el criterio general de exigir que haya malestar significativo o discapacidad para establecer los umbrales del trastorno; habitualmente se dice que “el trastorno provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo”. El texto obtenido tras la definición revisada del trastorno mental destaca que este criterio puede ser especialmente útil para determinar la necesidad de tratamiento de un paciente. Se recomienda aprovechar la información de otros miembros de la familia y de terceros (además de la del individuo) sobre las actitudes del individuo, siempre que sea necesario.

Criterios diagnósticos y elementos descriptivos

Los criterios diagnósticos se plantean como directrices para establecer un diagnóstico, su utilización debe estar presidida por el juicio clínico. Las descripciones en forma de texto del DSM-5, incluyendo las secciones introductorias de cada capítulo de diagnóstico, pueden ayudar a apoyar un diagnóstico (p. ej. aportando diagnósticos diferenciales o detallando mejor los criterios en el apartado “Características diagnósticas”).

Una vez hecha la evaluación de los criterios diagnósticos, será el médico quien decida sobre la aplicación de los subtipos y/o especificadores del trastorno que considere apropiado. Hay que citar los especificadores de la gravedad y del curso para definir el estado actual del individuo, pero sólo cuando se cumplan todos los criterios.

Si no se cumplen todos los criterios, el clínico deberá considerar si la presentación de los síntomas cumple los criterios para ser denominada “otra especificada” o “no especificada”. Siempre que es posible se indican los criterios específicos para definir la gravedad del trastorno (es decir, leve, moderado, grave, extremo), sus características descriptivas (por ejemplo, con aciocinio bueno o aceptable; en un entorno controlado) y su curso (por ejemplo en remisión parcial, en remisión total, recidiva). En función de la entrevista clínica, las descripciones del texto, los criterios y el juicio clínico, se hace un diagnóstico final.

1.5 SUBTIPOS Y ESPECIFICADORES

Se indican subtipos y especificadores (algunos codificados en el cuarto, quinto o sexto dígito) para incrementar la especificidad. Los subtipos se definen como subgrupos fenomenológicos dentro de un diagnóstico, mutuamente exclusivos y en conjunto exhaustivos, y están indicados con la instrucción “Especificar si” dentro del conjunto de criterios. Por el contrario, los especificadores no pretenden ser mutuamente exclusivos o en conjunto exhaustivos y en consecuencia se puede citar más de un especificador. Los especificadores se indican con la instrucción “Especificar” o “Especificar si” dentro del conjunto de criterios. Los especificadores ofrecen la oportunidad de definir un subgrupo más homogéneo de individuos que sufren el trastorno y comparten determinadas características (p. ej., trastorno mayor de depresión con características mixtas), y aportan información relevante para el tratamiento del trastorno del individuo, como la especificación “con otra comorbilidad médica” en los trastornos del sueño y vigilia.

Aunque a veces se asigna un quinto dígito para codificar un subtipo o un especificador (p. ej. 294.11 [F02.81] trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer, con alteración del comportamiento), o la gravedad (296.21 [F32.0] trastorno depresivo mayor, episodio único, leve), la mayoría de subtipos y especificadores que se incluyen en el DSM-5 no se pueden codificar con los sistemas CIE-9-MC ni CIE-10-MC; por eso se indican solamente incluyendo el subtipo o el especificador tras el nombre del trastorno (p. ej. trastorno de ansiedad social [fobia social], tipo de actuación). Obsérvese que en algunos casos el especificador o el subtipo se pueden codificar en la CIE-10-MC pero no en la CIE-9-MC. En consecuencia, en algunos casos se cita la cuarta o quinta cifra del código del subtipo o el especificador, que solamente hace referencia a los códigos de la CIE-10-MC.

Habitualmente el diagnóstico de la DSM-5 se aplica al estado actual que presenta el individuo en ese momento; los diagnósticos anteriores de los cuales el individuo ya se haya recuperado se deben identificar claramente como tales. Los especificadores que se refieren al curso (es decir, en remisión parcial, en remisión total) deben estar listados al final del diagnóstico y se indican en algunos conjuntos de criterios. Cuando existen, se indican especificadores de gravedad para ayudar al médico a clasificar la intensidad,

frecuencia, duración, número de síntomas u otros indicadores de la gravedad de un trastorno. Las especificaciones de la gravedad están indicadas con la instrucción “Especificar la gravedad actual” en el conjunto de criterios, e incluyen definiciones específicas de los trastornos. También se han incluido especificadores descriptivos en el conjunto de criterios, que aportan información adicional que puede fundamentar la planificación del tratamiento (p. ej., trastorno obsesivo compulsivo con escaso raciocinio). No todos los trastornos contienen especificadores del curso, la gravedad y/o de sus características descriptivas.

1.6 OTRAS AFECCIONES QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA

Además de importantes factores psicosociales y del entorno, se incluyen afecciones que no son trastornos mentales pero con las que se puede encontrar al clínico que se ocupa de la salud mental. Estas afecciones aparecen en forma de lista de razones para una visita médica, además de o en lugar de los trastornos mentales listados en la Sección II. Se dedica otro capítulo aparte a los trastornos inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de estos, que pueden ser evaluados y tratados por los clínicos que se ocupan de la salud mental, como la acatisia, la discinesia tardía o la distonía. La descripción de síndrome neuroléptico maligno se amplía en relación con la que se dio en el DSM-IV-TR, para destacar la naturaleza urgente y potencialmente mortal de esta afección; se añade una entrada nueva sobre el síndrome de interrupción de antidepresivos. Otro capítulo revisa otras afecciones merecedoras de atención clínica. En él se incluyen problemas de relación, problemas relacionados con abuso y negligencia, problemas de cumplimiento de pautas terapéuticas, obesidad, comportamiento antisocial y simulaciones.

Z91.1 Incumplimiento terapéutico (V15.81)

El objetivo de atención clínica es el incumplimiento con un aspecto importante del tratamiento en un trastorno mental o en una enfermedad médica. Las razones del incumplimiento pueden deberse a las molestias que provoca el tratamiento (p. ej., efectos secundarios de la medicación), a su costo elevado, a decisiones basadas en juicios de valor personales o creencias religiosas o culturales sobre las ventajas e inconvenientes del

tratamiento propuesto, a rasgos de personalidad o a estilos de afrontamiento anómalos (p. ej., negación de la enfermedad) y a la presencia de un trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, trastorno de la personalidad por evitación). Esta categoría debe usarse sólo si el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica independiente.

Z76.5 Simulación (V65.2)

La característica de la simulación es la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas. Bajo algunas circunstancias, la simulación puede representar un comportamiento adaptativo: por ejemplo, fingir una enfermedad mientras se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra.

Debe sospecharse simulación si existe alguna de las combinaciones presentes:

1. Presentación de un contexto medico legal (p. ej., la persona es enviada por el fiscal a una exploración médica).
2. Discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica.
3. Falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito.
4. Presentación de un trastorno antisocial de la personalidad.

La simulación difiere del trastorno facticio en que existe un incentivo externo para la producción de los síntomas, lo que no ocurre en el trastorno facticio. La evidencia de una necesidad intrapsíquica para mantener el papel de enfermo sugiere un trastorno facticio. La simulación se diferencia del trastorno de conversión y de otros trastornos somatomorfos por la producción intencionada de síntomas y por los obvios incentivos externos asociados a ella. En la simulación (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno de conversión) los síntomas no ceden por sugestión o hipnosis

Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto (V71.01)

Un comportamiento antisocial del adulto que no se debe a un trastorno mental (p. ej., trastorno disocial, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno del control de los impulsos). Los ejemplos incluyen el comportamiento de algunos ladrones profesionales, chantajistas y traficantes de sustancias ilegales.

Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (V71.02)

El análisis clínico es un comportamiento antisocial en el niño o el adolescente que no es debido a un trastorno mental (p. ej., trastorno disocial o trastorno del control de los impulsos). Los ejemplos incluyen actos antisociales aislados de los niños o adolescentes (no un patrón de comportamiento antisocial).

R41.8 Capacidad intelectual límite (V62.89)

Está asociado a una capacidad intelectual límite, esto es, a un CI entre 71 y 84. El diagnóstico diferencial entre la capacidad intelectual límite y el retraso mental (CI de 70 o inferior) es especialmente difícil cuando coexisten otros trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia).

R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad (780.9)

Deterioro de la actividad cognoscitiva, demostrado objetivamente, a consecuencia de la edad y que está dentro de los límites normales de esa edad. Los individuos con este déficit pueden tener problemas para recordar nombres o citas y experimentar dificultades para solucionar problemas complejos. Esta categoría sólo debe usarse tras haber determinado que el deterioro cognoscitivo no es atribuible a un trastorno mental específico o a una enfermedad neurológica.

Z63.4 Duelo (V62.82)

Una reacción a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p. ej., sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo

como «normal», aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La duración y la expresión de un duelo «normal» varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El diagnóstico de trastorno depresivo mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo «normal» puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen:

1. La culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
3. Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
4. Inhibición psicomotora acusada.
5. Deterioro funcional acusado y prolongado.
6. Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Z55.8 Problema académico (V62.3)

La dificultad no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente. Un ejemplo es la existencia de un patrón gradual de fracaso o la presencia de pocos logros significativos en una persona con una capacidad intelectual adecuada en ausencia de un trastorno del aprendizaje o de la comunicación o cualquier otro trastorno mental que pudiera explicar el problema.

Z56.7 Problema laboral (V62.2)

La situación laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional.

F93.8 Problema de identidad (313.82)

Incertidumbre sobre los múltiples aspectos relacionados con la identidad, como son los objetivos a largo plazo, elección de profesión, patrones de amistad, comportamiento y orientación sexuales, valores morales y lealtades de grupo.

Z71.8 Problema religioso o espiritual (V62.89)

Los ejemplos incluyen el malestar que implica la pérdida o el cuestionamiento de la fe, los problemas asociados con la conversión a una nueva fe, o el cuestionamiento de los valores espirituales que pueden o no estar necesariamente relacionados con una iglesia organizada o con una institución religiosa.

Z60.3 Problema de aculturación (V62.4)

Relacionado con la adaptación a diferentes culturas (p. ej., problemas educativos relacionados con la emigración).

Z60.0 Problema biográfico (V62.89)

El objeto de atención clínica es un problema asociado con una etapa del desarrollo o con otras circunstancias de la vida que no se debe a un trastorno mental o que, si es debido a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen problemas asociados con la incorporación al colegio, el abandono del control de los padres, el comienzo de una nueva profesión y los cambios relacionados con el matrimonio, el divorcio y la jubilación

1.7 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y DIAGNÓSTICO PROVISIONAL

Cuando un paciente hospitalizado recibe más de un diagnóstico, el diagnóstico principal es la afección que se establece como causa fundamental del ingreso del paciente. Cuando un paciente ambulatorio recibe más de un diagnóstico, el motivo de la visita es la afección fundamental responsable de la asistencia médica ambulatoria recibida durante la visita. En la mayoría de los casos el diagnóstico principal o el motivo de la visita también es el principal foco de atención o de tratamiento. Con frecuencia es difícil (y a veces arbitrario) determinar cuál es el diagnóstico principal o el motivo de la visita, especialmente cuando un diagnóstico relacionado con una sustancia, como por ejemplo el trastorno por consumo de alcohol, está acompañado de otro diagnóstico que no tiene relación con ninguna sustancia, como la esquizofrenia. En este ejemplo se pueden tener dudas a la hora de decidir qué diagnóstico debe ser considerado “principal” en un individuo hospitalizado con esquizofrenia y trastorno por consumo de alcohol, porque ambas afecciones pueden haber contribuido por igual a la necesidad de ingreso y tratamiento. El diagnóstico principal debe citarse en primer lugar y el resto de trastornos son citados por orden de necesidad de atención y tratamiento.

Cuando el diagnóstico principal o motivo de la visita es un trastorno mental debido a una afección médica (p. ej. trastorno neurocognitivo mayor debido a una enfermedad de Alzheimer, trastorno psicótico debido a un cáncer de pulmón), las reglas de codificación de la CIE indican que la etiología de la afección médica se debe citar en primer lugar. En ese caso el diagnóstico citado en segundo lugar sería el trastorno mental debido a la afección médica, el cual corresponde al diagnóstico principal o motivo de la visita. En la mayoría de los casos el trastorno citado como el diagnóstico principal o el motivo de la visita va seguido por una frase calificativa “(diagnóstico principal)” o “(motivo de la visita)”.

El especificador “provisional” se puede utilizar cuando existe una fundada suposición de que al final se cumplirán todos los criterios de un trastorno, pero en el momento de establecer el diagnóstico no existe información suficiente para considerarlo definitivo. El clínico puede indicar la incertidumbre anotando “(provisional)” después del diagnóstico. Por ejemplo, este diagnóstico se puede utilizar cuando un individuo que parece sufrir un

trastorno depresivo mayor no es capaz de dar información adecuada para la anamnesis y por lo tanto no se puede confirmar que cumpla todos los criterios. Otro uso del término provisional se aplica a las situaciones en las que el diagnóstico diferencial depende exclusivamente de la duración de la enfermedad. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme requiere una duración superior a 1 mes e inferior a 6 meses; y por eso sólo se puede aplicar provisionalmente mientras no se ha alcanzado la remisión.

1.8 MÉTODO DE CODIFICACIÓN Y REGISTRO; HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Cada trastorno va acompañado de una identificación diagnóstica y un código estadístico, que es el que usan las instituciones y los departamentos de salud para la obtención de datos y con fines de facturación.

Existen protocolos de registro específicos para estos códigos diagnósticos (identificados como notas de codificación en el texto), que fueron redactados por la OMS, los centros Norteamericanos Medicare and Medicaid Services (CMS), los Centros para el Control de Enfermedades y el Centro Nacional de Prevención para Estadísticas de Salud con el objetivo de garantizar una codificación internacional uniforme de las tasas de prevalencia y mortalidad de las afecciones de salud identificadas. La mayoría de los clínicos usan los códigos para identificar el diagnóstico o el motivo de la visita a los CMS y en casos de reclamación a seguros privados. El sistema oficial de codificación que se usa en Estados Unidos en el momento de la publicación de esta guía es CIE-9-MC. La adopción oficial del CIE-10-MC está programada para el 1o de octubre de 2014, por lo que los códigos correspondientes, que en esta guía se indican entre paréntesis, no se deben utilizar hasta que se produzca su implementación oficial. Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC se han listado por un lado antecediendo el nombre del trastorno en la clasificación y por otro acompañando al conjunto de criterios de cada trastorno.

Para algunos diagnósticos (p. ej. trastornos neurocognitivos o trastornos inducidos por sustancias/medicamentos), el código correcto dependerá de su especificación posterior y está incluido dentro de los criterios establecidos para definir el trastorno, en forma de notas de codificación, y en algunos casos se explican con más detalle en una sección sobre

procedimientos de registro. Los nombres de los trastornos van seguidos por una denominación alternativa entre paréntesis, que en la mayoría de los casos es el nombre del trastorno que se dio en el DSM-IV.

I.9 USO DEL DSM 5 EN EL ÁMBITO FORENSE

Aunque los criterios de diagnóstico y el texto del DSM-5 se han pensado fundamentalmente para ayudar al clínico a realizar una evaluación clínica, una formulación del caso y un plan de tratamiento, el DSM-5 también se utiliza como referencia en los juzgados/ tribunales y por los abogados para evaluar las consecuencias forenses de los trastornos mentales. En consecuencia, es importante observar que la definición de trastorno mental que contiene el DSM-5 se redactó para satisfacer las necesidades de los clínicos, los profesionales de la salud pública y los investigadores, antes que para las necesidades técnicas de los juzgados y los profesionales que prestan servicios legales.

También es importante observar que el DSM-5 no ofrece ninguna recomendación de tratamiento para ningún trastorno.

Cuando se usan adecuadamente, la información sobre el diagnóstico y el procedimiento para obtenerlo pueden ayudar a los profesionales de la ley a tomar decisiones. Por ejemplo, cuando es fundamental confirmar la presencia de un trastorno mental para cualquier determinación legal posterior (p. ej. confinamiento civil involuntario), la aplicación de un sistema de diagnóstico consensuado refuerza la validez y la fiabilidad de la determinación. Al ofrecer un compendio basado en la revisión de la correspondiente literatura clínica y de investigación, el DSM-5 ayuda a quien corresponda tomar decisiones legales a comprender las características relevantes de los trastornos mentales. La literatura relacionada con los diagnósticos también sirve para descartar cualquier especulación sin fundamento sobre un trastorno mental y para entender el comportamiento de un individuo. Finalmente, la información sobre la evolución del curso clínico ayudará a mejorar la toma de decisiones cuando la cuestión legal se relacione con el funcionamiento mental del individuo en instantes pasados o futuros.

Sin embargo, la aplicación del DSM-5 debe ir acompañada de la advertencia sobre los riesgos y las limitaciones de su utilización en cuestiones forenses. Cuando se emplean las categorías, los criterios y las descripciones textuales del DSM-5 con fines legales, existe el riesgo de que la información sobre el diagnóstico se use o se entienda incorrectamente. Estos peligros se derivan del desajuste existente entre las cuestiones fundamentales que interesan a la ley y la información que contiene un diagnóstico clínico. En la mayoría de los casos, el diagnóstico clínico de un trastorno mental del DSM-5, como una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), una esquizofrenia, un trastorno neurocognitivo mayor, una ludopatía o una pedofilia, no implica que un individuo con dicha afección cumpla los criterios legales de existencia de un trastorno mental ni los de una norma legal concreta (por ejemplo, competencia, responsabilidad criminal o discapacidad). Para esto último acostumbra a ser necesaria más información que la que contiene el diagnóstico del DSM-5, como podría ser información sobre el deterioro funcional del individuo y sobre la forma como este afecta a las determinadas capacidades en cuestión. Precisamente por el hecho de que los impedimentos, capacidades y discapacidades pueden variar mucho dentro de cada categoría diagnóstica, la atribución de un diagnóstico concreto no implica un grado específico de desequilibrio o discapacidad.

No se recomienda que las personas sin formación clínica, médica y, en general, sin la formación adecuada, utilicen el DSM-5 para valorar la presencia de un trastorno mental. Asimismo, también debemos advertir a quienes tomen decisiones no clínicas que el diagnóstico no implica necesariamente una etiología o unas causas concretas del trastorno mental del individuo, ni constituye una valoración del grado de control que pueda tener sobre los comportamientos que pudieran estar asociados con el trastorno. Incluso cuando la reducción de la capacidad de control del propio comportamiento sea una característica del trastorno, el diagnóstico en sí mismo no demuestra que un individuo en particular sea (o haya sido) incapaz de controlar su comportamiento en un momento dado.

1.10 CONCEPTOS Y CRITERIOS DE ANORMALIDAD

Existe una tendencia natural en el ser humano a considerar ciertas conductas como de carácter psicopatológico. Términos como locura, posesión demoníaca, insania, demencia, psicosis, amoke, etc. han sido utilizados por diversos grupos culturales y en diferentes momentos históricos para identificar conductas consideradas anormales. Esto nos hace pensar que:

- 1) Los fenómenos psicopatológicos son universales e intemporales; se han observado y se siguen observando en cualquier cultura y época.
- 2) Desde antaño y en todas partes, aunque sea de manera no científica, se han advertido ciertas características distintivas de la Psicopatología que la diferencia de otros tipos de desviación de las normas grupales como el crimen, la conducta inmoral, la automarginación por motivos políticos o existenciales, etc.
- 3) La necesidad de control de las conductas desviadas por parte de las sociedades a lo largo del tiempo.

No obstante, resulta extremadamente complejo definir el concepto de anormalidad psicológica. El adjetivo anormal a menudo tiene asignado un sentido peyorativo aunque el término no lleve implícito unas connotaciones negativas; por ejemplo: un cociente intelectual extremadamente alto es anormal entre la población, pero revestiría un carácter “positivo”. Queda claro, no obstante, que este tipo de anormalidad no es del interés de la Psicopatología; la Psicopatología, en todo caso, se ocuparía de aquellas conductas anormales que presentan una connotación negativa para el sujeto, en el sentido de dificultar su desenvolvimiento en la vida cotidiana en mayor o menor medida.

No se ha llegado a una definición satisfactoria y unánime de anormalidad. Dentro de la Psicopatología hay diversidad de enfoques y cada uno de ellos defiende unos criterios específicos para definir la Psicopatología o anormalidad. En uno de los extremos de este abanico se halla el modelo organicista, que equipara los trastornos mentales con el resto de las enfermedades. Aquí la anormalidad se definiría por la presencia de alteraciones o

disfunciones biológicas. En el otro extremo se encuentran las posturas antipsiquiátricas que defienden la inexistencia de la conducta anormal como tal, así como que la Psicopatología no es más que un instrumento político de opresión y control sobre la población.

La traducción de estas divergencias teóricas ha sido la formulación de diferentes criterios que pretenden delimitar el binomio normalidad-anormalidad. Sin embargo, la tendencia actual es interpretar las dimensiones de normalidad y anormalidad como los dos polos de un continuo para superar los enfoques clásicos que acentuaban las diferencias entre la conducta normal y la anormal.

Criterios de anormalidad

Se han propuesto criterios diferentes a modo de guía para determinar qué se considera anormal o psicopatológico. Los más utilizados son los criterios estadísticos, clínicos, sociales o interpersonales, subjetivos o intrapsíquicos y, finalmente, biológicos. Cada uno de estos criterios es incapaz de abarcar por sí solo toda la amplitud del binomio normalidad-anormalidad, ya que frecuentemente sólo han enfatizado una de las dimensiones que lo forman, pero ninguno de éstos de manera aislada es suficiente para definir la anormalidad.

1) Criterios estadísticos

Los criterios estadísticos definen la anormalidad psicológica a partir de dos supuestos: el supuesto de frecuencia y el supuesto de continuidad. Teniendo en cuenta el primer supuesto, los criterios estadísticos presuponen que las variables que definen psicológicamente a un individuo se distribuyen en la población según una curva normal. Así pues, un individuo concreto respecto a una característica se sitúa en un punto determinado de esta distribución, y puede ser calificado como normal o anormal según si es muy frecuente esta posición en la población general. De manera que anormal es lo poco frecuente. Sin embargo, no podemos identificar esta anormalidad estadística con Psicopatología, ya que lo infrecuente no siempre implica un carácter psicopatológico, como hemos visto (por ejemplo, un cociente elevado de inteligencia, una elevada capacidad para la composición musical, etc.). Además, estos criterios equiparan elevada incidencia de un

rasgo, conducta, característica, etc. dentro de una población con normalidad, pero ¿es siempre cierto eso?

2) Criterios clínicos

Estos criterios tienen como punto de partida la evaluación del paciente y se basan en la delimitación de conjuntos de síntomas que se identificarían con trastornos o cuadros psicopatológicos. Los criterios clínicos, pues, definen la conducta como anormal sobre la base de la presencia de síntomas.

Resulta imprescindible, por tanto, establecer definiciones para los diversos trastornos, definiciones que tienen que estar consensuadas por la comunidad científica. Ésta es la filosofía de los dos sistemas de clasificación de los trastornos mentales más difundidos internacionalmente: la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Por tanto, anormal o psicopatológico es todo aquello que cumple los criterios definidos por esta anormalidad, lo cual no está exento de problemas. En primer lugar, porque en Psicopatología se tiene pocos síntomas fijos o absolutos de trastorno de conducta; hay, en definitiva, pocos signos cuya presencia sea objetivamente valorable, dado que necesitan la apreciación subjetiva del paciente y/o del clínico. En segundo lugar, porque el síntoma a menudo posee valor psicopatológico según el contexto donde se observa. Así, diferenciamos entre ansiedad normal y ansiedad patológica o tristeza como reacción de duelo y tristeza patológica, aunque las manifestaciones externas de ansiedad y tristeza en las situaciones anteriores no varíen en esencia, pero sí las circunstancias o condiciones que las rodean y que, al fin y al cabo, es lo que marcaría su carácter patológico o no.

3) Criterios sociales o interpersonales

La definición de anormalidad es una cuestión de normativa social: determinar el carácter psicopatológico de una conducta, rasgo o actividad depende del consenso social en un momento y lugar dados.

A partir de estos dos criterios se incide en el peso que tienen las variables socioculturales en la valoración de una conducta como anormal o normal. La investigación transcultural ha dejado constancia de la relatividad cultural del comportamiento humano: aquello que en un contexto histórico o cultural es normal, se considera psicopatológico en otro contexto (por ejemplo, el abuso de sustancias en nuestra cultura puede ser considerado un trastorno y en otras culturas, una forma de contacto con divinidades; o un individuo totalmente centrado en sí mismo puede ser indicativo de rasgos esquizoides en el mundo occidental, mientras que las culturas orientales pueden interpretarlo como sabiduría religiosa o riqueza interior).

Una variante de estos criterios es la anormalidad como inadaptación al medio. En este caso, la adecuación de un individuo particular al rol que socialmente tiene asignado es el criterio principal para determinar la normalidad de su comportamiento.

4) Criterios subjetivos o intrapsíquicos

Según estos criterios, el mismo individuo es quien mejor puede dictaminar su situación o estado.

Una variante de estos criterios es el criterio alguedónico. Así, se define la anormalidad según la presencia de sentimientos de sufrimiento, incomodidad o malestar personales que a menudo se traduce en manifestaciones verbales y de comportamiento, tales como quejas por la propia infelicidad, por la incapacidad de afrontar un problema, etc.

Otro criterio subjetivo sería el de “petición de ayuda”. En este caso, conducta anormal sería aquella que provoca que la persona solicite la intervención de un profesional para que intervenga. Ni que decir tiene que éste es un criterio con muy poca fundamentación científica.

5) Criterios biológicos

Estos criterios enfatizan la naturaleza biológica frente a la psicológica de las personas. Para éstos, los diferentes trastornos psicopatológicos son fundamentalmente expresión de alteraciones o disfunciones del funcionamiento de la estructura o del proceso biológico que los sustenta. Sin embargo, son muchas las dificultades existentes para aislar cuáles son estas alteraciones y qué las ha producido.

Asumir una etiología orgánica como explicación última y exclusiva de la Psicopatología comportaría adoptar el término genérico enfermedad mental. Aunque se descubriese una etiología orgánica para cada uno de los trastornos psicopatológicos, eso no justificaría destacar la intervención de factores psicológicos o sociales en la etiología misma o en su mantenimiento.

1.11 MODELOS TEÓRICOS EN PSICOPATOLOGÍA

El hecho de que la Psicopatología albergue diferentes modelos teóricos que interpretan e intervienen de un modo diferente sobre la misma realidad es un hecho incuestionable. La riqueza y complejidad de las variables implicadas en la conducta humana sería el motivo principal de la citada diversidad.

Un modelo representa una orientación para explicar, en este caso, la conducta anormal, guiar la investigación, interpretar sus resultados, marcar variables sobre las cuales hay que intervenir, etc.

Cada modelo ha aportado conocimientos valiosos sobre la conducta anormal, pero la crítica general que podemos hacer a todos ellos, en mayor o menor medida, es su unidimensionalidad en cuanto a la etiología de los trastornos mentales. De momento, todos los intentos de integración de los diferentes modelos en uno único han fracasado.

Modelo biológico

Este modelo parte de una concepción médica de la Psicopatología: en la base de las alteraciones psicopatológicas se encuentran anomalías biológicas (de tipo genético, bioquímico, neurológico, etc.).

Los trastornos mentales serían enfermedades sistémicas, es decir, enfermedades causadas por el mal funcionamiento de un órgano. En concreto, la enfermedad mental surge de la alteración del cerebro tanto si es una alteración estructural como si es funcional.

Desde este enfoque se otorga una gran importancia al estudio de la predisposición genética a partir de determinados trastornos, aunque a menudo adopta una perspectiva

interaccionista que tiene en cuenta tanto la predisposición genética como la incidencia de agentes patógenos externos.

Tradicionalmente, los modelos biológicos han diferenciado entre trastornos mentales orgánicos y trastornos mentales funcionales. Los primeros presentan unas causas físicas muy claras (como la corea de Huntington o la enfermedad de Alzheimer), mientras que para los trastornos funcionales todavía no se han encontrado indicios tan claros de alteraciones orgánicas cerebrales.

Las principales aportaciones del modelo son:

- 1) Un incremento de la comprensión de la dimensión biológica de la conducta.
- 2) Un énfasis en el método científico-natural como forma de estudio en Psicopatología.
- 3) Un esfuerzo para clasificar los diferentes trastornos mentales que ha permitido dotar a la comunidad científica de un lenguaje diagnóstico común y operativo.
- 4) El descubrimiento de psicofármacos, hecho que ha representado una auténtica revolución terapéutica.

Modelo psicodinámico

A este modelo le corresponde históricamente haber sido el primero en reconocer la importancia de los factores psíquicos en la conducta, tanto normal como anormal, y en plantear una continuidad entre la normalidad y la patología.

Según este modelo, hay fuerzas internas e inconscientes que determinan la conducta; concretamente, conflictos psicológicos internos originan y mantienen el trastorno psicopatológico.

La consciencia sólo es el dato inmediato y primero del estudio de la mente y de la patología, y está fuertemente mediatizada por problemas y conflictos más significativos y complejos. Las personas no son conscientes ni de sus motivaciones, ni de sus conflictos y frustraciones más relevantes.

Modelo humanista

El modelo humanista plantea que cada persona tiene de forma innata un potencial de crecimiento y actualización que constituye el motor de su conducta.

Cuando estas capacidades hacia la autorrealización y la autenticidad se ven bloqueadas o distorsionadas –tanto si es por el excesivo uso de los mecanismos de defensa, como por un estrés, etc.–, entonces se produce la patología.

Desde esta perspectiva se rechazan las clasificaciones e, implícitamente, no se considera que el método científico sea el método natural de acercamiento a la conducta anormal.

Este modelo ha alcanzado su máxima expresión en el campo de la terapéutica, que se preocupa más de plantear alternativas al sufrimiento y a la existencia humana que de estudiar sistemáticamente la conducta.

Modelo conductual

El principio básico del enfoque conductual es que la conducta desequilibrada ha sido aprendida; en concreto, consistiría en hábitos desadaptativos condicionados (clásica o instrumentalmente) a ciertos estímulos. Por tanto, el interés fundamental se centra en la conducta observable y medible, y no en procesos inconscientes o biológicos.

Del mismo modo que el modelo psicodinámico, considera que existe continuidad entre la conducta normal y la anormal, dado que ambas se aprenden según las mismas leyes de aprendizaje y se configuran por nuestra experiencia anterior.

Modelo cognitivo

Se considera que los determinantes principales del comportamiento –normal o anormal– son procesos cognitivos. La conducta desadaptada se puede estudiar y entender en términos de cómo percibimos y pensamos las personas con respecto al mundo, a otras personas y a nosotros mismos.

El procesamiento de la información toma un lugar relevante en el proceso psicopatológico. Los desequilibrios en los procesos psicológicos son la causa, y no el efecto, de la Psicopatología. Cada individuo desarrolla un estilo cognitivo idiosincrático que determina la manera de percibirse a uno mismo y el mundo físico y social que lo rodea. Cuando estas percepciones son distorsionadas e irreales, probablemente la conducta será desadaptada.

1.12 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Ordenar y clasificar en categorías diferenciadas los datos y los conocimientos son actividades que podríamos considerar inevitables e intrínsecas al ser humano. Es más, las disciplinas científicas consideran que un paso previo a la explicación y la predicción es la descripción y clasificación de los fenómenos que estudian. Sin embargo, ¿son clasificables los trastornos mentales? Estas clasificaciones, ¿ayudan al profesional, por ejemplo, en la elección de tratamiento? ¿Resulta útil o beneficioso para el paciente?

Durante siglos, se han dedicado muchos esfuerzos a encontrar una clasificación adecuada de los cuadros clínicos, tarea considerada imprescindible para el avance de nuestro campo. Sin embargo, hacia finales de la década de los años sesenta se inicia un debate sobre la necesidad y utilidad de clasificar los trastornos mentales. Para ilustrar esta idea, leed el experimento siguiente, que ya se ha convertido en un clásico:

Rosenthal (1973) entrenó a estudiantes para que simulasen ser enfermos mentales y fuesen diagnosticados e ingresados como tales en instituciones psiquiátricas. Una vez ingresados, los falsos enfermos volvían a su comportamiento normal y, sin embargo, los profesionales de las instituciones seguían tratándolos como si presentasen conductas anómalas. El autor concluyó que la asignación de una etiqueta psiquiátrica predispone a ser tratado de acuerdo con dicha etiqueta independientemente de la conducta objetiva que presente la persona.

Los detractores de las clasificaciones en Psicopatología aportaron entonces argumentos variados en contra:

- 1) inutilidad de las clasificaciones porque no aportan datos relevantes a los problemas concretos de cada paciente y la manera de solucionarlos;
- 2) efectos indeseables del diagnóstico provocados por los estereotipos sociales peyorativos existentes sobre la enfermedad mental (experimento Rosenthal);
- 3) la Psicopatología trata de unas condiciones que difícilmente pueden ser reducidas a una etiqueta diagnóstica porque afectan a toda la vida humana;

4) desde un punto de vista más radical, el denominado movimiento antipsiquiátrico consideró las clasificaciones como un sistema de control político encargado de detectar y reclutar a aquel sector de la población que presentase conductas diferentes a la de su grupo de referencia.

Actualmente, esta polémica ha sido superada y ahora se centra en la crítica a las bases conceptuales de los sistemas de clasificación, aunque esto lo veremos un poco más adelante. Primero tenemos que hablar de por qué son pertinentes las clasificaciones en Psicopatología.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica periódicamente la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), que recoge una clasificación de todas las enfermedades registradas en sus países integrantes. Se trata, por tanto, de un instrumento eminentemente epidemiológico.

Los antecedentes históricos de la CIE se remontan a 1893, fecha en que J. Bertillot, director del servicio de estadística de París, presentó en un congreso celebrado en Chicago su Nomenclatura, en la que unificaba las clasificaciones inglesa, alemana y suiza de enfermedades que causaban defunción o invalidez. De esta obra se hicieron revisiones en 1900, 1910 y 1920, las cuales aún estaban coordinadas por el mismo autor; de las ediciones siguientes, se hizo cargo la OMS.

UNIDAD II “TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO Y NEUROCOGNITIVOS”

2.1 DISCAPACIDADES INTELECTUALES

La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir los tres criterios siguientes:

A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

El término diagnóstico discapacidad intelectual es equivalente al diagnóstico CIE-11 trastornos del desarrollo intelectual. Aunque a lo largo del manual se utiliza el término discapacidad intelectual, en el título se usan ambos términos para facilitar la relación con otros sistemas de clasificación. Además, una cláusula federal de Estados Unidos (Public Law 111-256, Rosa's Law) sustituye el término retraso mental por discapacidad intelectual, y las revistas de investigación utilizan el término discapacidad intelectual. Así pues, discapacidad intelectual es el término de uso habitual en la profesión médica, educativa y otras, así como en la legislación pública y grupos de influencia.

Se valora la gravedad de la DI en función de su adaptación al entorno, así pues, la gravedad va en función de tres áreas: conceptual, social y práctica. De esta forma la clasificación actual queda de la siguiente forma:

- Discapacidad Intelectual Leve
- Discapacidad Intelectual Moderada
- Discapacidad Intelectual Grave
- Discapacidad Intelectual Profunda

2.2 TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

En los trastornos de la comunicación pueden darse problemas de expresión, pronunciación, fluidez e incluso recepción o uso social del lenguaje. El lenguaje forma parte de la capacidad humana para comunicarse con las personas utilizando un sistema de signos conocido por el emisor y el receptor. El correcto desarrollo del lenguaje y la comunicación favorece la adaptación de la persona en su entorno, por lo que es importante detectar cualquier alteración lo antes posible.

Los primeros signos de alerta de una dificultad en el área de la comunicación aparecen antes de los cuatro años. Hacia los dos años de edad, los niños y niñas adquieren la capacidad para unir palabras formando pequeñas frases y el vocabulario llega alrededor de las 50 palabras inteligibles. Este criterio es importante para detectar un retraso en la adquisición del habla.

El retraso del lenguaje puede suponer un retraso de su aparición o en el desarrollo del nivel de lenguaje fonológico, morfológico, sintáctico, semántico y/o pragmático adecuado a la edad. Estas dificultades, cuando se trata de trastornos de la comunicación, afectan a la expresión y la comprensión del lenguaje y no se explican por una discapacidad intelectual, un trastorno del desarrollo, un déficit auditivo o un trastorno neurológico.

A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (es decir, hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido a deficiencias de la comprensión o la producción que incluye lo siguiente:

1. Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras).
2. Estructura gramatical limitada (capacidad para situar las palabras y las terminaciones de palabras juntas para formar frases basándose en reglas gramaticales y morfológicas).
3. Deterioro del discurso (capacidad para usar vocabulario y frases para explicar o describir un tema o una serie de sucesos o tener una conversación).

B. Las capacidades de lenguaje están notablemente y desde un punto de vista cuantificable por debajo de lo esperado para la edad, lo que produce limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.

C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo.

D. Las dificultades no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica y no se explica mejor por discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo.

2.3 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

- Con o sin déficit intelectual acompañante
- Con o sin deterioro del lenguaje acompañante
- Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada.)
- Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento (Nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento asociado[s].)
- Con catatonía (véanse los criterios de catatonía asociados a otro trastorno mental; para la definición). (Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo para indicar la presencia de la catatonía concurrente).

2.4 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

I. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej.,

trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

- **314.01 (F90.2) Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- **Moderado:** Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.
- **Grave:** Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

2.5 TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE

A. Dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas, evidenciado por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante

6 meses, a pesar de intervenciones dirigidas a estas dificultades:

1. Lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo (p. ej., lee palabras sueltas en voz alta incorrectamente o con lentitud y vacilación, con frecuencia adivina palabras, dificultad para expresar bien las palabras).

2. Dificultad para comprender el significado de lo que lee (p. ej., puede leer un texto con precisión, pero no comprende la oración, las relaciones, las inferencias o el sentido profundo de lo que lee).

3. Dificultades ortográficas (p. ej., puede añadir, omitir o sustituir vocales o consonantes).

4. Dificultades con la expresión escrita (p. ej., hace múltiples errores gramaticales o de puntuación en una oración; organiza mal el párrafo; la expresión escrita de ideas no es clara).

5. Dificultades para dominar el sentido numérico, los datos numéricos o el cálculo (p. ej., comprende mal los números, su magnitud y sus relaciones; cuenta con los dedos para sumar números de un solo dígito en lugar de recordar la operación matemática como hacen sus iguales; se pierde en el cálculo aritmético y puede intercambiar los procedimientos).

6. Dificultades con el razonamiento matemático (p. ej., tiene gran dificultad para aplicar los conceptos, hechos u operaciones matemáticas para resolver problemas cuantitativos).

B. Las aptitudes académicas afectadas están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo, e interfieren significativamente con el rendimiento académico o laboral, o con actividades de la vida

cotidiana, que se confirman con medidas (pruebas) estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica integral. En individuos de 17 y más años, la historia documentada de las dificultades del aprendizaje se puede sustituir por la evaluación estandarizada.

C. Las dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar, pero pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del individuo (p. ej., en exámenes programados, la lectura o escritura de informes complejos y largos para una fecha límite inaplazable, tareas académicas excesivamente pesadas).

D. Las dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidades intelectuales, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de dominio en el lenguaje de instrucción académica o directrices educativas inadecuadas.

Se han de cumplir los cuatro criterios diagnósticos basándose en una síntesis clínica de la historia del individuo (del desarrollo, médica, familiar, educativa), informes escolares y evaluación psicoeducativa.

Nota de codificación: Especificar todos las áreas académicas y subaptitudes alteradas. Cuando más de un área está alterada, cada una de ellas se codificará individualmente de acuerdo con los siguientes especificadores.

Especificar si:

315.00 (F81.0) Con dificultades en la lectura:

- Precisión en la lectura de palabras
- Velocidad o fluidez de la lectura
- Comprensión de la lectura

Nota: La dislexia es un término alternativo utilizado para referirse a un patrón de dificultades del aprendizaje que se caracteriza por problemas con el reconocimiento de palabras en forma precisa o fluida, deletrear mal y poca capacidad ortográfica. Si se utiliza dislexia para especificar este patrón particular de dificultades, también es importante especificar cualquier dificultad adicional presente, como dificultades de comprensión de la lectura o del razonamiento matemático.

315.2 (F81.81) **Con dificultad en la expresión escrita:**

- Corrección ortográfica
- Corrección gramatical y de la puntuación
- Claridad u organización de la expresión escrita

315.1 (F81.2) **Con dificultad matemática:**

- Sentido de los números
- Memorización de operaciones aritméticas
- Cálculo correcto o fluido
- Razonamiento matemático correcto

Nota: Discalculia es un término alternativo utilizado para referirse a un patrón de dificultades que se caracteriza por problemas de procesamiento de la información numérica, aprendizaje de operaciones aritméticas y cálculo correcto o fluido. Si se utiliza discalculia para especificar este patrón particular de dificultades matemáticas, también es importante especificar cualquier dificultad adicional presente, como dificultades del razonamiento matemático o del razonamiento correcto de las palabras.

2.6 TRASTORNOS MOTORES

Trastorno del desarrollo de la coordinación 315.4 (F82)

A. La adquisición y ejecución de habilidades motoras coordinadas está muy por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo y la oportunidad de aprendizaje y el uso de las aptitudes. Las dificultades se manifiestan como torpeza (p. ej., dejar caer o chocar con objetos) así como lentitud e imprecisión en la realización de habilidades motoras (p. ej., coger un objeto, utilizar las tijeras o los cubiertos, escribir a mano, montar en bicicleta o participar en deportes).

B. El déficit de actividades motoras del Criterio A interfiere de forma significativa y persistente con las actividades de la vida cotidiana apropiadas para la edad cronológica (p. ej., el cuidado y mantenimiento de uno mismo) y afecta a la productividad académica/escolar, las actividades prevocacionales y vocacionales, el ocio y el juego.

C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo.

D. Las deficiencias de las habilidades motoras no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o deterioros visuales, y no se pueden atribuir a una afección neurológica que altera el movimiento (p. ej., parálisis cerebral, distrofia muscular, trastorno degenerativo).

Trastorno de movimientos estereotipados 307.3 (F98.4)

A. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo (p. ej., sacudir o agitar las manos, mecer el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse, golpearse el propio cuerpo).

B. El comportamiento motor repetitivo interfiere en las actividades sociales, académicas u otras y puede dar lugar a la autolesión.

C. Comienza en las primeras fases del período de desarrollo.

D. El comportamiento motor repetitivo no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección neurológica y no se explica mejor por otro trastorno del desarrollo neurológico o mental (p. ej., tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno obsesivo-compulsivo).

Especificar si:

- Con comportamiento autolesivo (o comportamiento que derivaría en lesión si no se emplearan medidas preventivas).
- Sin comportamiento autolesivo.

2.7 TRASTORNOS DE TICS

Un tic es una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico.

Trastorno de la Tourette. 307.23 (F95.2)

A. Los tics motores múltiples y uno o más tics vocales han estado presentes en algún momento durante la enfermedad, aunque no necesariamente de forma concurrente.

B. Los tics pueden aparecer intermitentemente en frecuencia pero persisten durante más de un año desde la aparición del primer tic.

C. Comienza antes de los 18 años.

D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) o a otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).

Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico). 307.22 (F95.1)

A. Los tics motores o vocales únicos o múltiples han estado presentes durante la enfermedad, pero no ambos a la vez.

B. Los tics pueden aparecer intermitentemente en frecuencia pero persisten durante más de un año desde la aparición del primer tic.

C. Comienza antes de los 18 años.

D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) o a otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).

E. Nunca se han cumplido los criterios de trastorno de la Tourette.

Especificar si:

Sólo con tics motores

Sólo con tics vocales

Trastorno de tics transitorio. 307.21 (F95.0)

A. Tics motores y/o vocales únicos o múltiples.

B. Los tics han estado presentes durante menos de un año desde la aparición del primer tic.

C. Comienza antes de los 18 años.

D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) o a otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posviral).

E. Nunca se han cumplido los criterios de trastorno de la Tourette

2.8 SÍNDROME CONFUSIONAL

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

B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.

C. Una alteración cognitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).

D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.

E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Especificar si:

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

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

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

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

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

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

Especificar si:

Agudo: Dura unas horas o días.

Persistente: Dura semanas o meses.

Especificar si:

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

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

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

2.9 TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR Y LEVE

Trastorno neurocognitivo mayor

A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria,

lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

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

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

B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).

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

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

Especificar si debido a:

- Enfermedad de Alzheimer (págs. 337, 341–342)
- Degeneración del lóbulo frontotemporal (págs. 342–344)
- Enfermedad por cuerpos de Lewy (págs. 344–345)
- Enfermedad vascular (págs. 345–346)
- Traumatismo cerebral (págs. 347–348)
- Consumo de sustancia o medicamento (págs. 348–352)
- Infección por VIH (págs. 352–353)
- Enfermedad por priones (págs. 353–354)
- Enfermedad de Parkinson (págs. 354–355)
- Enfermedad de Huntington (págs. 355–356)
- Otra afección médica (pág. 356)
- Etiologías múltiples (págs. 357–358)
- No especificado (pág. 358)

Especificar:

- **Sin alteración del comportamiento:** Si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.
- **Con alteración del comportamiento** (especificar la alteración): Si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dificultades con las actividades instrumentales cotidianas (es decir, tareas del hogar, gestión del dinero).

Moderado: Dificultades con las actividades básicas cotidianas (p. ej., comer, vestirse).

Grave: Totalmente dependiente.

Trastorno neurocognitivo leve

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

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

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

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

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

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

2.10 TRASTORNO NEUROCOGNITIVO DEBIDO A ALZHEIMER

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).

C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:

Para el trastorno neurocognitivo mayor:

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

1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.

2. Aparecen los tres siguientes:

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

Para un trastorno neurocognitivo leve:

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares. Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer posible si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares.

1. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.

2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.

3. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

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

2.11 TRASTORNO NEUROCOGNITIVO FRONTOTEMPORAL

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.

B. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual.

C. Aparece (1) o (2):

1. Variante de comportamiento:

a. Tres o más de los siguientes síntomas comportamentales:

i. Desinhibición del comportamiento.

ii. Apatía o inercia.

iii. Pérdida de simpatía o empatía.

iv. Comportamiento conservador, estereotipado o compulsivo y ritualista.

v. Hiperoralidad y cambios dietéticos.

b. Declive destacado de la cognición social o de las capacidades ejecutivas.

2. Variante de lenguaje:

a. Declive destacado de la habilidad para usar el lenguaje, ya sea en forma de producción del habla, elección de las palabras, denominación de objetos, gramática o comprensión de las palabras.

D. Ausencia relativa de las funciones perceptual motora, de aprendizaje y memoria.

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

Se diagnostica un trastorno neurocognitivo frontotemporal probable si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario se diagnosticará un trastorno neurocognitivo frontotemporal posible:

1. Evidencias de una mutación genética causante de un trastorno neurocognitivo frontotemporal, ya sea en los antecedentes familiares o con una prueba genética.

2. Evidencias de una afección desproporcionada del lóbulo frontal o temporal en el diagnóstico por la imagen neurológica.

UNIDAD III “TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y PARAFILIAS”

3.1 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD PARANOIDE

La persona con este trastorno tiene una forma de relacionarse con el mundo desconfiada y precavida. Muestra una suspicacia continua hacia los demás, interpretando los comportamientos de las personas que le rodean como maliciosos y cargados de doble intención. En sus relaciones tiene la sensación de que los demás quieren aprovecharse de su trabajo, de su vida social o de su entorno familiar. Esto supone considerar a los demás como personas enemigas.

El aislamiento al que se expone le lleva a tener más posibilidades de aislarse de la realidad y a distorsionar sus percepciones e interpretaciones. Manifiesta una actitud desafiante y provocativa hacia los que le rodean, que hace que la convivencia sea difícil.

No le gusta depender de los demás, ya que lo consideran como un riesgo de estar expuesto a la traición. Por consiguiente, uno de sus mayores temores es perder la autonomía y la independencia.

Al aislarse tanto de los otros está más expuesto a desfigurar la realidad. Así, distorsiona sus recuerdos, sus pensamientos y, en definitiva, la percepción de la vida. Se muestra rencoroso y recuerda cualquier desprecio que crea que le han hecho otros, pudiéndole esto llevar a mostrarse desafiante y provocativo. Se identifica con mayor frecuencia en varones.

A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.

3. Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).
6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.
7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo,” es decir, “trastorno de la personalidad paranoide (previo).”

3.2 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOIDE

La característica principal es la escasa o casi nula necesidad afectiva. Los que padecen este trastorno manifiestan y sienten poco placer y poco dolor por cosas que para otros habitualmente es placentero o doloroso.

En pocas ocasiones muestran rabia, tristeza o angustia. Esta falta de iniciativa y de respuesta emocional les hace parecer personas faltas de energía y actividad, apacibles, tranquilos y distantes.

Sus intereses y aficiones se realizan en solitario y no necesitan compartir su vida con los demás. No necesitan compromisos íntimos y no establecen vínculos emocionales profundos ni en el ámbito familiar.

Su vida interna está empobrecida y tienen dificultades para recapacitar acerca de su actitud y, por tanto, para afrontar experiencias de la vida o para el cambio y la evolución a partir de la reflexión personal.

Su comportamiento se centraría en actividades que le permiten no relacionarse, tales como ver la televisión o enfrascarse en el ordenador.

No suelen tener interés en tener compromisos íntimos, lo que puede observarse en la falta de interés por tener pareja o por las distantes relaciones familiares, relaciones en las que no establecen vínculos emocionales apropiados y profundos.

Tienden a describir sus experiencias de forma fría e impersonal, relatando los hechos objetivos y sin que se observe la mínima expresión emocional. Es más frecuente en varones.

A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.
2. Casi siempre elige actividades solitarias.
3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá “previo,” es decir, “trastorno de la personalidad esquizoide (previo).”

3.3 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ESQUIZOTIPICO

Este trastorno destaca por la variedad de comportamientos, pensamientos y percepciones excéntricas que presenta, especialmente su interés por la clarividencia, la telepatía o la creencia de tener poderes especiales. Debido a ello, desde fuera proyectan la impresión de ser personas raras y peculiares.

Estas rarezas en su comportamiento contribuyen a que se vaya produciendo en su vida un aislamiento social cada vez mayor. Se van distanciando de las relaciones personales e íntimas con los demás, dando lugar a una vida social muy empobrecida y aislada.

Sus pensamientos característicos van centrando su vida personal en creencias místicas o extrasensoriales que le apartan de la realidad social. De esta forma, cuanto más se alejan de otras personas más se aplican a sus propios razonamientos.

Prefieren la privacidad y el aislamiento, y mezclan en su mente lo que observan en el ambiente con sus propias ideas extrañas, dando lugar a interpretaciones curiosas de lo que sucede a su alrededor y a suspicacias y desconfianzas.

Les cuesta mucho diferenciar en el ambiente lo relevante de lo accesorio, hacen interpretaciones especiales de sucesos sin ninguna importancia objetiva y lo expresan con un lenguaje también peculiar y artificial.

Se ven a sí mismos como personas incomprendidas y desamparadas, con sensaciones de falta de sentido en su vida y experiencias de despersonalización o de extrañeza de sí mismos.

Es más frecuente en varones, y especialmente en aquellos que tienen familiares con diagnóstico de esquizofrenia.

A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras

etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
 2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
 3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
 4. Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado).
 5. Susplicia o ideas paranoides.
 6. Afecto inapropiado o limitado.
 7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
 8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
 9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.
- B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo.

3.4 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL

El comportamiento general de una persona con este diagnóstico suele ser impredecible e incontrolable. Presenta alta impulsividad y poca capacidad de frustración.

No suele prever las consecuencias y actúa de manera precipitada. Frecuentemente incumple las normas sociales con comportamientos fraudulentos o delictivos. No le gusta la rutina, lo convencional, lo establecido; desprecia los valores familiares y culturales y parece no afectarle el dolor o el sufrimiento de los demás, ni siquiera de los seres más cercanos. Las relaciones personales son difíciles y vengativas, tratando a los demás con frialdad y de forma agresiva, llegando a veces a despreciar los principios éticos más elementales.

Tienden a utilizar a la gente para conseguir sus intereses personales, siendo poco confiables. No se comprometen en obligaciones conyugales o familiares, y ya desde la edad adolescente plantean problemas en la familia, en la escuela y en su vida social.

Muchas veces la propia vestimenta presenta a una persona inconformista, llamativa y que no acepta las normas convencionales. Sin embargo, en ocasiones son capaces de presentarse ante la sociedad con buenas maneras y con una máscara de educación y bondad que es utilizada para conseguir estafar o engañar a los demás en su propio beneficio. La capacidad para pensar racionalmente no está alterada, pudiendo tener un nivel intelectual normal o alto. Lo que habría sería una alteración de sus principios éticos y de su capacidad empática.

Es bastante más frecuente en hombres que en mujeres, probablemente por tener los hombres una mayor propensión a la impulsividad y agresividad. La prevalencia en cárceles o centros de tratamiento de drogas es mayor que en la población general. Esta forma alterada de personalidad, en sus rasgos extremos, sería una psicopatía.

A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.

B. El individuo tiene como mínimo 18 años.

C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.

D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

3.5 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LÍMITE

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Se conoce también con el nombre de trastorno inestable de la personalidad o trastorno ambivalente, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIÉ-10). Su forma de aparición en la clínica es compleja y variada, debido a la gran diversidad y complejidad de los síntomas que presenta.

Las personas que lo padecen suelen habitualmente solicitar ayuda al psicólogo o al psiquiatra de forma urgente y frecuentemente con un tono dramático. El motivo que ha

desencadenado el desequilibrio psicológico puede haber sido muy variado y de distinta gravedad. Así, la causa de su petición de ayuda puede haber sido el viaje de un ser querido, un cambio de planes, un suspenso, una contradicción a sus deseos o, en casos más graves, la aparición de alucinaciones o un intento de suicidio. En muchos casos es la familia quien, desesperada por la difícil convivencia, pide orientación por el comportamiento inestable, las llamadas de atención en casa o las explosiones de ira.

La intensidad y la variabilidad de sus afectos y de su estado de ánimo es uno de los rasgos principales, pudiendo tener un período de normalidad, para pasar en poco tiempo a sentirse deprimidas, irritables o tremendamente activas. Estos cambios no tienen que ir asociados a variaciones en su ambiente exterior, sino que pueden aparecer sin motivos aparentes. Estas oscilaciones de su humor y de su equilibrio emocional son tan intensas que afectan a todas las parcelas su vida.

Presentan también cierta incapacidad para controlar los impulsos. Esto se puede manifestar a través de atracones de comida, de gastos o compras innecesarias, de juegos de azar, de abuso de sustancias o de conducción temeraria. Tienen comportamientos autodestructivos simples, como autolesiones, cortes, quemaduras y golpes. Pero el más destacado y grave es el comportamiento suicida. Cuando no consiguen algo en lo que tienen interés pueden llevar a cabo amenazas o intentos de suicidio. Estas amenazas hay que considerarlas, porque frecuentemente llevan a cabo el intento en momentos de gran inestabilidad y de fluctuación, lo que supone un peligro real.

Tienden a abandonar las metas en el momento en el que están a punto de conseguirlas; un ejemplo sería abandonar el curso escolar en los exámenes finales. Presentan una importante intolerancia al abandono, que llega al extremo de considerar una separación transitoria, por ejemplo, un viaje de su terapeuta, como un gran abandono que les lleva a sentir un pánico intenso del que les cuesta salir.

Las relaciones que establecen son muy intensas e inestables, oscilando entre la dependencia, la superficialidad y la manipulación. Cambian súbita y drásticamente de

actitud hacia las personas, pasando de ensalzar las cualidades de alguien a su más completa desvalorización.

La dependencia que establecen y los vaivenes en su estado de ánimo les lleva a tener demandas muy exigentes con las personas cercanas. El sentimiento que producen en los demás es que se trata de una actitud y un comportamiento caprichoso ante la vida.

Por ello, suscitan en sus allegados reacciones confusas y conflictivas: les cuesta comprenderlos y acaban hartos de sus manipulaciones y exigencias. Se crea de esta forma un círculo vicioso, en el que la familia reacciona desesperándose y la persona aumenta sus exigencias y se siente incomprendida.

Pueden llegar a tener episodios psicóticos breves, tales como alucinaciones. Este síntoma predispone a requerir hospitalización en muchas ocasiones, por lo que es habitual en centros psiquiátricos. Es considerado uno de los trastornos de personalidad más común, siendo las mujeres las que mayor riesgo presentan.

3.6 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD HISTRIÓNICA

Esta forma de ser se situaría en el extremo patológico de la extraversión. Las intensas emociones que sienten quienes lo padecen son de tal viveza que les lleva a tener dificultades en su vida diaria. Sienten de manera muy intensa, y esto les puede llevar a que cualquier inconveniente se convierta en un drama o cualquier alegría en un estado de máximo placer.

Dependen del resto de las personas para sobrevivir emocionalmente. Las opiniones y la valoración que los demás hacen de ellos son mucho más importantes para su autoconcepto que lo que ellos mismos puedan pensar.

Tienen así una fuerte necesidad de estima, un enorme deseo de atraer la atención de los demás y una gran capacidad de seducción, que puede llevarles a cierto exhibicionismo. Buscan la compasión de los demás, y para ello pueden utilizar relatos de hechos exagerados o inexistentes, cargados de una fuerte teatralidad.

Les gusta ser el centro de atención en cualquier situación y la relación con los demás suele ser seductora, utilizando frecuentemente el físico para llamar la atención. Cuando establecen relaciones con los demás tienden a pensar que las relaciones son más íntimas de lo que realmente, objetivamente o desde el punto de vista del otro, son. Su aparición es mayor en mujeres.

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.

5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

3.7 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NARCISISTA

Se trataría del extremo alterado de una forma de afrontar la vida arrogante y autosuficiente. Quienes tienen este trastorno presentan un elevado concepto de sí mismos que generalmente no se ajusta a la realidad.

Al considerarse individuos únicos pretenden tener privilegios respecto a los demás, y se sienten dignos de admiración y con derechos especiales. Sin embargo, esta actitud genera desconfianza y rechazo en su entorno, encontrando los demás su forma de ver la vida y su comportamiento egocéntrico. Estas actitudes egoístas producen la impresión de que utilizan y manipulan a las personas que les rodean en su propio beneficio.

Tienen serias dificultades para empatizar o ponerse en el lugar de los otros, lo que dificulta que tengan relaciones sociales o familiares en las que haya una cierta reciprocidad.

Suele caracterizarles una gran imaginación, en la que las fantasías de gloria o éxito personal son frecuentes y poco ajustadas a la realidad. Este conjunto de aspectos psicológicos les lleva a transmitir una imagen general de despreocupación y tranquilidad, que en cierta forma podríamos denominar como frialdad.

Podría provocar la admiración de algunas personas, sobre todo de aquellas más inseguras y dóciles que carecen de estos rasgos. Son, precisamente, las personas que le admiran las

que en primer lugar serán más susceptibles de ser utilizadas para beneficio de la personalidad narcisista.

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.
3. Cree que es “especial” y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).
6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.
9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.

3.8 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EVASIVA

Provoca que quienes lo padecen tengan una imagen muy insegura y devaluada de sí mismos y creen que los demás opinarán lo mismo de ellos. En las personas que se sitúan en el extremo patológico de esta forma de ser evitativa, su estado de ánimo habitual es la angustia y la ansiedad.

Temen que las demás personas les critiquen, les ridiculicen, les vean los defectos, así que están atentos a los gestos y posibles desaprobaciones sociales. Sienten una gran desconfianza hacia el mundo exterior y reflejan una imagen general de inquietud y malestar.

La hipervigilancia sobre su entorno les lleva a anular la capacidad de observar lo realmente relevante y que se pierdan en análisis angustiosos de cuestiones sin importancia.

Reaccionan de forma desproporcionada ante los posibles peligros, hasta el punto de llegar a evitar muchas experiencias por no poder soportar la desazón que les produce enfrentarse a situaciones determinadas.

Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.
2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás a no ser que esté seguro de ser apreciado.
3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.

6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

3.9 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DEPENDIENTE

La característica fundamental es la falta de confianza en sí mismos, teniendo una gran necesidad de apoyo y de estima de los demás. Necesitan el aliento, el respaldo y el consejo de sus seres más cercanos en las decisiones diarias. Procuran no contraer responsabilidades adultas, prefiriendo que sean los demás quienes decidan y tomen las responsabilidades.

Siempre quedan por delante las necesidades de los demás antes que las propias. Así, son personas cálidas, agradables, que evitan las tensiones y los conflictos con los demás. Este hecho puede ser peligroso para ellos, ya que les puede llevar a exponerse a tareas desagradables con tal de sentir el apoyo de los demás.

Sienten un gran temor al abandono o al rechazo emocional de las personas cercanas, de las que dependen emocionalmente, y cualquier supuesto alejamiento les supone una gran intranquilidad.

Es frecuente que cuando termina una relación importante busquen inmediatamente otra para conseguir el apoyo y el cuidado que necesitan. En algunas culturas, y a determinadas edades, tener rasgos dependientes es considerado normal o incluso adaptado. Se considera más frecuente en mujeres.

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la tranquilización excesiva de otras personas.
2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (Nota: No incluir los miedos realistas de castigo.)
4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).
5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

3.10 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVO

Se caracteriza por una intensa búsqueda de la perfección en las tareas que realiza. Este hecho no permite a los que lo padecen adaptarse a las exigencias de su vida personal o profesional.

Su vida se centra en una continua preocupación por los detalles, por el orden y por las normas, hasta el punto que el objetivo final que se plantea en cualquier actividad es difícil conseguirlo, al perderse en el difícil camino de la perfección.

Excluyen de su vida el ocio y las actividades lúdicas, en su empeño exagerado de lograr el control y el orden a su vida. Elegir el camino más conector en las actividades diarias les supone tener indecisiones, dudas imposibles de resolver y una valoración tan detallada de las distintas posibilidades que al final no pueden discernir cuál es la mejor opción a tomar.

Muestran inflexibilidad en sus valores morales y éticos, siendo personas intolerantes con ellos mismos y con los demás. En su obstinación por lograr el control y el orden en su vida es fácil que excluyan el ocio y las actividades lúdicas.

Los hombres tienen, según determinados estudios, el doble de posibilidades de presentar estas características que las mujeres, probablemente también influidos por valores culturales.

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).

3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).
5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles, aunque no tengan un valor sentimental.
6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

3.11 SADISMO SEXUAL

La mayoría de las veces es durante los primeros quince años de vida cuando se adquieren las preferencias o los intereses sexuales. Estas preferencias suelen marcar el resto de nuestras vidas. Hay una amplia serie de situaciones que harán a hombres y mujeres sentir excitación o atracción. Algunas sencillas, como una conversación existen una serie de situaciones inusuales que pueden ser fuentes de excitación sexual.

Se conoce con el nombre de parafilia cuando el interés o la excitación sexual de la persona está centrada en fantasías o comportamientos sexuales recurrentes caracterizados por objetos o situaciones que no son los habituales, que se apartan de lo que son considerados estímulos sexuales normales o que afectan a la capacidad para tener relaciones eróticas con otras personas.

Es difícil establecer con claridad qué objetos o situaciones son considerados normales y cuáles no. Ejemplo de ello sería la masturbación, que durante mucho tiempo ha sido considerada una práctica sexual patológica que podía causar tanto daño físico como psíquico y que en la actualidad es considerada una práctica normal, de uso común y recomendable en determinados momentos o situaciones de la vida.

Por ello, se podría precisar que para considerar una fantasía o un comportamiento parafilico habría que tener en cuenta el grado en el que interfiere en la persona que lo padece y si le impide establecer relaciones sexuales satisfactorias. Esta idea queda reforzada si tenemos en cuenta que se ha comprobado que la mayoría de las fantasías que estimulan a las personas con parafilias son también fantasías en el repertorio de cualquier persona de conducta sexual normal.

Otro de los aspectos fundamentales a tener en cuenta para la consideración de una conducta parafilica es si ésta constituye un peligro para el propio sujeto o para la persona con la que mantiene la relación sexual. Ejemplos serían en el primer caso el masoquismo, que puede llevar al sujeto a infligir se daños físicos graves en su excitación o la necrofilia en el segundo caso, que podría llevar a una persona a matar para excitarse al mantener relaciones con un cadáver.

Se podrían incluir tres categorías:

- a) Excitación y preferencias sexuales con objetos no humanos, incluyendo fetichismo y travestismo.
- b) Aquellas que suponen el sufrimiento y la humillación, incluyendo sadismo y masoquismo.
- c) Preferencias y excitaciones sexuales con parejas que no consienten, incluyendo exhibicionismo, voyeurismo, frotteurismo y pedofilia.

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del sufrimiento físico o psicológico de otra persona, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

- En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de dedicarse a comportamientos sexuales sádicos es limitada.
- En remisión total: El individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.

3.12 VOYEURISMO

Voyeur, término proveniente del francés y que significa «mirón», hace referencia a la persona que tiene comportamientos repetidos en los que disfruta exclusivamente con el hecho de observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o en plena actividad sexual. Más frecuente en hombres, el acto de mirar normalmente no implica la intención de mantener relaciones sexuales con la persona espiada, que suele ser alguien desconocido.

Generalmente realiza sus observaciones desde la calle, recorriendo barrios y edificios localizando las casas en las que hay una cortina abierta. Otro lugar al que suelen acudir es a parques o a zonas reinadas en las que saben que hay parejas teniendo relaciones sexuales. Sea donde sea. Suelen poner empeño en no ser descubiertos.

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de la observación de una persona desprevenida que está desnuda, desnudándose o dedicada a una actividad sexual, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El individuo que experimenta la excitación y/o que actúa con un deseo irrefrenable tiene como mínimo 18 años de edad.

Especificar si:

- En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de un comportamiento voyeurista es limitada.
- En remisión total: El individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no ha existido malestar ni problemas sociales,

laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.

3.13 EXHIBICIONISMO

Consiste en la excitación sexual al exponer los propios genitales ante una persona extraña. El objetivo final es excitarse y, si acaso, masturbarse delante de la víctima, pero no existe generalmente ningún intento de relación sexual con ella.

Está considerada como una de las parafilias más frecuentes y generalmente es identificada en varones. Por lo general, suele ser una persona tímida y con dificultades en las relaciones interpersonales, que al provocar en la víctima una fuerte impresión se siente satisfecho. La reacción en la víctima que menos le excita es la de indiferencia o desprecio a sus genitales o a su persona.

Comúnmente se sitúa frente a los colegios de chicas o en parques infantiles. En cualquiera de los lugares a los que acude la posibilidad de tocar a la víctima es baja, ya que suelen ser lugares públicos, y su excitación sexual está centrada en la exhibición.

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de la exposición de los genitales a una persona desprevenida, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

- Sexualmente excitado por exposición de los genitales a niños prepúberes
- Sexualmente excitado por exposición de los genitales a individuos físicamente maduros
- Sexualmente excitado por exposición de los genitales a niños prepúberes y a individuos físicamente maduros

Especificar si:

- En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de exposición de los genitales es limitada.
- En remisión total: El individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.

3.14 FROTEURISMO

Supone el disfrute con el roce y el contacto con una persona en contra de su voluntad. El sujeto, habitualmente varón, suele apretar sus genitales contra las nalgas de su víctima o trata de rozar los pechos o los genitales de su víctima.

Habitualmente esto ocurre en lugares concurridos y públicos, como el autobús o el metro en horas punta. Esto puede hacer a la víctima confundir el suceso en el momento inicial con algo casual o como consecuencia de la muchedumbre. Sin embargo, la diferencia pronto queda establecida, y en cuanto el sujeto piensa que va a ser delatado trata de desaparecer del lugar.

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de los tocamientos o fricción contra una persona sin su consentimiento, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

- En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de tocamientos o fricción es limitada.
- En remisión total: El individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.

3.15 MASOQUISMO SEXUAL

Consiste en el disfrute sexual al ser humillado, golpeado, atado o al recibir cualquier tipo de maltrato físico o psicológico. Es una forma de satisfacción sexual en la que la persona participa de forma consentida e intencionada en actividades en las que es el centro del sufrimiento infligido.

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de ser humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento de cualquier otra forma, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

- Con asfixiofilia: Si el individuo busca conseguir la excitación sexual por medio de la restricción de la respiración.

Especificar si:

- En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de dedicarse a comportamientos sexuales masoquistas es limitada.
- En remisión total: No ha existido malestar ni problemas sociales, laborales, o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que el individuo ha estado en un entorno no controlado.

UNIDAD IV “TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DISOCIATIVOS”

4.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

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

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

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

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

4.2 MUTISMO SELECTIVO

El Mutismo selectivo es la inhibición del habla y comprender en una, varias o muchas situaciones sociales, incluyendo la escuela, a pesar de tener la capacidad para hablar y comprender el lenguaje. Es un niño incapaz de hablar en situaciones sociales poco familiares y/o con personas poco conocidas.

Las personas que tienen mutismo selectivo sufren un incremento de la ansiedad en situaciones en las que se les puede llegar a pedir que hablen a determinadas personas. La ansiedad de una persona con mutismo selectivo se hace persistente ante la posibilidad de que en cualquier momento se le pida que hable y eso lo aterroriza. Por lo tanto la huida o evitación del contacto con la otra persona o personas es cada vez más manifiesta. Esto puede sumirles en un estado de tristeza constante que se intercala con ira, ya sea hacia sí mismos o hacia los demás.

El mutismo selectivo es un cuadro clínico poco frecuente pero importante, ya que causa impacto negativo significativo en el funcionamiento social y académico si no es tratado. La tasa de prevalencia varía ente 0,11% hasta 2,2%, según la población estudiada y los criterios diagnósticos aplicados. Es más frecuente en niñas, proporción niñas/niños de 1.5:1 a 2.6:1 y en poblaciones bilingües. Típicamente ocurre en la primera infancia: la edad promedio de inicio varía de entre 2 y 5 años. Se ha demostrado que este trastorno coexiste con otros diagnósticos de ansiedad y trastornos del neurodesarrollo. Se cree

que la aparición del mutismo selectivo está influenciada por la interacción de múltiples factores, ya sean genéticos, temperamentales, ambientales y del neurodesarrollo.

- A. Fracaso constante de 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 de 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 del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

4.3 FOBIA ESPECÍFICA

En este caso la persona experimenta miedo y por tanto evitación hacia un estímulo muy concreto. Las fobias más frecuentes son: a los ascensores, pájaros, petardos y fuegos artificiales, tormentas, hematófobia, animales, etc.

Generalmente estas fobias se inician porque el sujeto ha reaccionado con miedo ante la situación fóbica, bien porque no sabía cómo afrontarla o bien porque ya la temía debido al testimonio de personas relevantes. Es muy habitual en hijos e hijas de padres que presentan una fobia, que éstos la acaben manifestando, puesto que no adquieren estrategias de afrontamiento de sus progenitores y además observan la reacción de miedo de los mismos. Una fobia por la que acuden muchos pacientes a consulta es la que engloba espacios cenados, ascensores, habitaciones de dimensiones reducidas, etc. Presentamos el caso de un hombre que trabaja en una empresa de mantenimiento (aire acondicionado, arreglo de fachadas, etc.). No acudiría a consulta si no fuera porque, debido a su problema, se ve obligado a subir varias plantas de edificios altos transportando material. Desde que tenía cuatro años manifiesta tener miedo a los lugares cenados, sobre todo ascensores u otros lugares similares. Ha tenido distintas experiencias desagradables que le han influido: se ha quedado encerrado en ascensores en dos ocasiones (una de ellas casualmente, otra con amigos jugando y tocando los botones), en aseos también (en uno los amigos le encellaron y le apagaron la luz. y en el otro fue casual). Se pone muy nervioso si tiene que utilizar aseos públicos si son de dimensiones muy reducidas, siendo peor aún si no tienen ventana. Otra experiencia negativa le ocurrió en un tren. En esta ocasión se quedó solo en un vagón, se cenaron las puertas y se preguntaba: «¿y yo cómo salgo de aquí ahora?».

Cuando tiene que subir en ascensor para realizar su trabajo, prefiere hacerlo por las escaleras, sin importarle el número de plantas, más aún si tiene que hacerlo solo. A veces ha subido con un compañero porque se encuentra más seguro, pero el trayecto se le hace muy largo.

Se fija en cualquier ruido extraño que oiga, el corazón se le acelera, se pone a sudar, le entra mucho calor, le falta el aire y únicamente quiere saín de allí. A veces ha pensado

subir solo, pero su pensamiento es siempre el mismo: «¿y si me quedo encerrado, sin tener posibilidad de escape?». Cuando ha subido en algún ascensor que no tiene puertas de seguridad su grado de malestar es menor que en los que sí la tienen, donde no se deja ver nada fuera, porque su sensación de ahogo, de asfixia y de estar atrapado es mayor, resultándole «más claustrofóbico».

En los que tienen puertas de cristal dejando ver todo lo que hay alrededor y la distancia no se ha subido nunca. Cuando era pequeño también le daban mucho miedo las atracciones de la feria. Recuerda que una vez, cuando tenía 6 o 7 años, estando subido a la noria se quedó arriba mientras daba la vuelta para subir a más niños. «Lo pasó muy mal», porque no podía bajarse. Actualmente este problema ya lo tiene superado, aunque reconoce que, si se sube a una atracción en la que debe permanecer con los brazos sujetados fuertemente para evitar salir despedidos, le resulta muy desagradable. Manifiesta que también tiene miedo a las alturas; por ejemplo, le cuesta asomarse desde la tenaza de un piso, trabajar desde dos o tres cuerpos de andamios. Trabajar sobre un andamio colgante eléctrico, o subir en teleférico, telecabina o telesilla. Tampoco podría asomarse por la ventanilla estando montado en avión, por eso tampoco lo ha intentado nunca. No le produce miedo sentir el cosquilleo en el cuerpo debido al despegue o aterrizaje, pero como no sabe cómo puede reaccionar estando «encerrado» en un lugar donde no tiene posibilidad de escapar, prefiere no intentarlo. En coche no tiene problema, y en tren tampoco, pero evita ir al baño en todo el trayecto. En autobús de largo recorrido sí se sube, y si tiene que utilizar el aseo suele dejar la puerta abierta. En barco tampoco lo ha intentado.

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse.

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

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

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

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

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

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

Especificar si:

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

- 300.29 (F40.218) **Animal** (p. ej., arañas, insectos, perros)
- 300.29 (F40.228) **Entorno natural** (p. ej., alturas, tormentas, agua)
- 300.29 (F40.23x) **Sangre-inyección-herida** (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)

Nota de codificación: Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue: F40.230 miedo a la sangre; F40.231 miedo a las inyecciones y transfusiones; F40.232 miedo a otra atención médica; o F40.233 miedo a una lesión.

- 300.29 (F40.248) **Situacional** (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados)

4.4 FOBIA SOCIAL

En este caso el estímulo temido, aquello que la persona evita y que le produce ansiedad, es el contacto social en cualquiera de sus manifestaciones. Esto es muy incapacitante, puesto que somos seres sociales y constantemente estamos expuestos a situaciones de interacción social. El sujeto con fobia social puede limitar mucho su vida, en un intento de restringir su contacto social tan sólo a personas de su entorno familiar.

Relatamos a continuación un caso que ilustra este tipo de diagnóstico. Se trata de una mujer de 22 años, la mayor de dos hermanos. Lleva tres años en su cañera, le gusta mucho, pero presenta ansiedad debido a la falta de concentración en los estudios y a su miedo a realizar exámenes. En la historia nos revela que le ocurre desde el primer año de carrera, si bien también relata que ya cursando tercero de ESO se ponía nerviosa. Ella lo atribuía al hecho de tener muchas asignaturas y asisto a la EOI, pues estudiaba tercero de inglés y primero de raso. Los síntomas que presentaba antes del examen eran principalmente temblores, y cuando repasaba no se acordaba de nada, «mi mente se queda en blanco». En la universidad presenta los mismos síntomas, además de taquicardia. Cuando se encuentra más preparada manifiesta que la ansiedad es algo menor. Ha evitado presentarse a exámenes, aunque actualmente los afronta, con más o menos dificultad. Le entristece que le falte tiempo debido a la ansiedad, y que la calificación en el examen sea más baja de lo que espera.

Durante un cuatrimestre ha dejado de asistir a clases por motivos familiares. Desde que ha vuelto a estudiar en la universidad no se concentra y está muy desmotivada, describiendo que su mente está muy cansada. Este hecho le entristece aún más, porque conoce el esfuerzo que sus padres hacen para que ella pueda estudiar. Antes iba al gimnasio, pero actualmente no se lo puede permitir.

Cambiar de residencia para estudiar en la universidad no le ha supuesto ningún problema. Al principio vivía sola en un piso, muy económico pero muy lejos de su centro de estudios. Al no disponer de vehículo propio, empleaba mucho tiempo en desplazarse y esto le generaba ansiedad. Se trasladó a una residencia más cercana, que le permitía

dedicar más tiempo a los estudios. Este cambio fue para ella un gran alivio, porque se encontraba menos estresada y muy a gusto porque sólo vivían chicas.

Debido a la ansiedad ante los exámenes y su retraso en superar asignaturas en la licenciatura ha tenido que empezar en el grado. Cuando acude a clase no tiene problemas de concentración, pero no asiste de forma regular. Reconoce que no tiene hábitos de estudio y que no se planifica, pero lo que más le preocupa es la dificultad para hablar en público en la clase. Se pone muy nerviosa, la cara se le pone muy «roja», se queda en blanco y no lo puede controlar. Nunca pregunta en clase si tiene alguna duda e intenta evitar hablar con profesores en tutorías, independientemente del sexo. Recuerda que una vez tuvo una experiencia negativa en clase preguntando. El profesor se enfadó bastante y desde entonces nunca ha vuelto a preguntar.

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

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

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

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

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si:

- **Sólo actuación:** Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

4.5 TRASTORNO DE PÁNICO

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

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

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).

2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

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

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Especificador del ataque de pánico

Nota: Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno por estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., “trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico”).

En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador.

La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

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

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a “volverse loco.”
13. Miedo a morir.

4.6 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

En este caso nos encontramos ante personas que sienten que viven constantemente amenazadas. Cualquier cambio en sus vidas, en sus rutinas o la aparición de situaciones sobre las que no tienen pleno control les provoca una reacción de ansiedad. Intentan tener sus vidas muy organizadas y planificadas para evitar cambios, cosa que no siempre es posible. Exponemos a continuación un caso que ilustra este tipo de trastorno.

Se trata de un hombre que desde hace cuatro años presenta opresión en el pecho, dificultad para respirar, dermatitis, temblor interno y sudoración excesiva. Suele despertarse a las cinco de la madrugada y no puede volver a dormirse. Intenta no pensar en asuntos pendientes, para no estar en alerta. Insiste en que hace mucho tiempo que no se encuentra relajado, definiéndolo «como si tuviera un motor interno que me hace estar hipervigilante todo el día». Diez años antes estuvo en terapia psicológica, porque se encontraba muy deprimido.

Los cuatro años últimos han sido difíciles para él. Se le han unido muchas situaciones personales: conseguir la estabilidad en su empleo, asumir nuevos retos en el trabajo y ayudar a su mujer a superar una grave enfermedad.

Ocupa un puesto de subdirector de una empresa multinacional y manifiesta que no puede delegar ninguna tarea a otras personas que tiene a su cargo, porque cuando lo ha hecho finalmente las ha tenido que asumir él, debido a que no son tan responsables como él y tiene que estar continuamente pendiente de la finalización de dichas tareas. Admite que le cuesta pedir favores.

Su problema no afecta a ningún área excepto a la laboral. Durante la semana suele estar más cansado porque no duerme las horas que necesita. Su trabajo le gusta mucho, pero lo que peor lleva son los imprevistos diarios a los que les tiene que dar salida, porque tiene que cumplir con unos plazos establecidos. Le gusta tenerlo todo controlado. Cuando termina todas las tareas se siente muy bien, pero al mismo tiempo agotado. A veces incluso no le da tiempo a relajarse cuando ya tiene otras tareas nuevas. A veces siente que no puede más y que le falta tiempo. Ha pensado incluso en dejar su puesto de

subdirector, pero le crea malestar porque dejaría a la directora con toda la responsabilidad y sin que nadie hasta el momento puede ocupar su lugar.

Intenta no llevarse nada de trabajo a casa los fines de semana, los cuales suele dedicar a realizar tareas domésticas y a salir con su mujer e hijos. Cuando ella le observa la dermatitis tan visible en la cara, le dice que intente disfrutar más de la vida diaria, que no trabaje tanto o que intente relajarse, porque cree que si sigue así va a tener serios problemas de corazón. Él está de acuerdo con ella, pero no lo puede evitar, y no sabe cómo manejar la ansiedad.

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. Fácilmente fatigado.

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

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

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

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

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

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

4.7. TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A OTRA AFECCIÓN MÉDICA

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 síndrome confusional.

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

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.84 [F06.4] trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma). La otra afección médica se codificará y anotará por separado inmediatamente antes del trastorno de ansiedad debido a la afección médica (p. ej., 227.0 [D35.00] feocromocitoma; 293.84 [F06.4] trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma).

4.8. OTRO TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

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

Otro trastorno de ansiedad especificado 300.09 (F41.8)

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

Esto se hace registrando “otro trastorno de ansiedad especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente”).

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

1. Ataques sintomáticos limitados

2. Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que los que no está presente.

3. Khyâl cap (ataque del viento): Véase “Glosario de conceptos culturales de la ansiedad” en el Apéndice del DSM-5. El ataque de viento (Khyâl cap) es un síndrome que aparece entre personas de origen camboyano, ya sean residentes en su país o emigrantes en otras latitudes.

Los síntomas habituales son los de los ataques de pánico, como mareo, palpitaciones, frialdad en las extremidades, falta de aire, así como otros síntomas de ansiedad vegetativa y cognitiva y de activación autonómica.

4. Ataque de nervios: Véase “Glosario de conceptos culturales de la ansiedad” en el Apéndice del DSM-5.

El Ataque de nervios es un síndrome que aparece entre los individuos de ascendencia latina, caracterizado por:

- Síntomas de intenso malestar emocional, como ansiedad, enfado o pena agudos.
- Chillar y gritar desconsolada y descontroladamente.
- Ataques de llanto.
- Calor en el pecho que asciende a la cabeza.
- Agresividad verbal y física.
- También en estos ataques de nervios pueden aparecer experiencias disociativas, tanto de tipo psíquico como despersonalización, desrealización y amnesia, como de apariencia física (crisis convulsivas o desmayos). Una de las características típicas de un ataque de nervios es la sensación de haber perdido el control.

Estos ataques a menudo se desencadenan como el resultado inmediato ante un acontecimiento estresante relacionado con un factor emocional intenso, como una mala

noticia sobre la salud o muerte de un pariente, un conflicto conyugal o con los hijos, o por presenciar un accidente.

Sin embargo, para una minoría de individuos, los ataques de nervios no están desencadenados por ningún evento social en particular, sino que representan experiencias de malestar acumuladas, lo que les hace vulnerables a perder el control.

4.9 TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA

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 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).

4.10 AMNESIA DISOCIATIVA

La amnesia disociativa supone la incapacidad repentina para recordar información personal importante y que pueda ser explicada a partir de un olvido normal. Suele aparecer como respuesta directa a alguna situación conflictiva para la persona. Estas situaciones pueden ser cuestiones sentimentales de importancia, presiones económicas o una información que le cause demasiado dolor a la persona como para poder enfrentarse a ella de manera inmediata.

Por lo general, la amnesia suele desaparecer cuando se le recuerda o se le enfrenta a la situación que la desencadenó.

Desarrollo y concepto

Luis estaba fuera de la ciudad por motivos laborales. Se encontraba trabajando en el ordenador junto con su compañero y amigo Juan. En la pantalla apareció el aviso de un e-mail cuya remitente era su mujer, algo que no era habitual. Lo abrió rápidamente delante de su compañero pensando que pudiera ser urgente. El e-mail decía: «Amor mío, necesito verte hoy. Quiero estar contigo pronto. Te recuerdo constantemente. Mi marido estará hoy fuera. Nos vemos donde siempre a las 7 h. Te quiero».

Ambos amigos, Luis y Juan, se miraron y se quedaron callados. Ninguno de los dos hizo un comentario al respecto.

Unas semanas después de este episodio Luis le cuenta a su amigo que encuentra a su mujer rara y que no sabe qué le puede estar pasando. Juan le recuerda el episodio que vivieron juntos, en el que recibió el e-mail de su mujer y en el que da por supuesto que se lo envió a él por equivocación. Le pregunta si han hablado sobre ello. Luis le dice que a qué e-mail se refiere, que no recuerda nada. Juan comprueba con estupor que parece sincero en su afirmación. Por extraño que parezca, no recuerda el e-mail de su mujer que pudieron leer ambos.

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 la identidad disociativo, un trastorno de estrés postraumático, un trastorno de estrés agudo, un trastorno de síntomas somáticos o un trastorno neurocognitivo importante o leve.

Nota de codificación: El código de la amnesia disociativa sin fuga disociativa es 300.12 (F44.0). El código de la amnesia disociativa con fuga disociativa es 300.13 (F44.1).

Especificar si:

300.13 (F44.1) Con fuga disociativa: Deambular aparentemente con un propósito o vagabundeo desorientado que se asocia a amnesia de la identidad o por otra información autobiográfica importante.

4.1 | TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN

La despersonalización supone una sensación de extrañeza, como si la persona se viera desde fuera o como si estuviese alejada de sí misma. En la desrealización es el entorno el que se percibe como extraño. Son sensaciones que, en grado menor, y sin que afecte a la vida de la persona, se puede tener en algunos momentos de la vida. La diferencia es que cuando se trata de una alteración patológica altera la vida de la persona y le produce un producido malestar (Moreno-Mitjana, 2004).

Desarrollo y concepto

María estaba asustada. Tenía desde hace irnos días una extraña sensación de irrealidad, como si estuviera sonando. Además, no podía concentrarse para estudiar, ni siquiera podía leerse los apuntes. ¿Se estaría volviendo loca? Hacía unos días había estado en urgencias con un dolor muy agudo en el pecho. Desde entonces se sentía como si estuviera viviendo una película y no fuera su propia vida. Hacía las cosas como un autómatas. Estaba muy asustada.

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

1. Despersonalización: Experiencias de irrealidad, distanciamiento o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo (p. ej., alteraciones de la percepción, sentido distorsionado del tiempo, irrealidad o ausencia del yo, embotamiento emocional y/o físico).

2. Desrealización: Experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno (p. ej., las personas o los objetos se experimentan como irreales, como en un sueño, nebulosos, sin vida o visualmente distorsionados).

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

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

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

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

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

BELLOCH, Amparo. Manual de Psicopatología I. Editorial Mcgraw Hill.2009

Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM 5 5a Edición. Editorial Médica Panamericana. España.

JASPERS, Karl. Psicopatología General. Editorial Fondo de Cultura Económica. 2006